

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**BARIÉRY V KOMUNIKACI**  
**S HOSPITALIZOVANÝMI SENIORY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Martina Poklopová**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2016

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE BARRIERS TO COMMUNICATION**  
**WITH HOSPITALIZED SENIORS**

Bachelor's thesis

Author: **Martina Poklopová**

Supervisor: **Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....  
(podpis)

## Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení práce, cenné rady, ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnovala.

Dále děkuji všem vyučujícím Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové za cenné vědomosti, které jsem získala v průběhu studia.

# Obsah

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 7  |
| TEORETICKÁ ČÁST .....                            | 9  |
| 1 Komunikace .....                               | 9  |
| 1.1 Komunikační proces .....                     | 9  |
| 1.2 Verbální komunikace .....                    | 11 |
| 1.3 Neverbální komunikace .....                  | 13 |
| 1.4 Bariéry v komunikaci.....                    | 16 |
| 2 Stáří a stárnutí .....                         | 18 |
| 2.1 Stáří, senior .....                          | 18 |
| 2.2 Změny organismu ve stáří.....                | 20 |
| 3 Komunikace se seniory .....                    | 24 |
| 3.1 Specifika komunikace se seniory .....        | 24 |
| 3.2 Komunikace se seniory s demencí.....         | 27 |
| 3.3 Komunikace s nedoslýchavými seniory .....    | 30 |
| 3.4 Komunikace se seniory s poruchou zraku ..... | 32 |
| EMPIRICKÁ ČÁST .....                             | 35 |
| 4 Cíle práce a hypotézy.....                     | 35 |
| 5 Výzkumné šetření .....                         | 36 |
| 5.1 Metodika výzkumu .....                       | 36 |
| 5.2 Zkoumaný soubor .....                        | 36 |
| 5.3 Design výzkumu .....                         | 37 |
| 6 Interpretace výsledků výzkumného šetření.....  | 38 |
| 7 Diskuse.....                                   | 78 |
| Závěr .....                                      | 84 |
| Anotace .....                                    | 85 |

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Použitá literatura a zdroje ..... | 87 |
| Seznam tabulek .....              | 90 |
| Seznam grafů .....                | 92 |
| Seznam příloh .....               | 94 |
| Přílohy.....                      | 95 |

# Úvod

*„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.“ (Ladislav Klíma)*

Délka lidského života se zásluhou výzkumu, nových poznatků v medicíně a kvalitní zdravotní péče ve vyspělých zemích neustále prodlužuje a zvyšuje se počet seniorů v populaci. Stáří však přináší také zdravotní problémy a senioři tak tvoří podstatnou část pacientů v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. K poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nezbytná správná komunikace. Komunikace se seniory se vyznačuje určitými specifiky, která vyplývají z generačních rozdílů a ze změn v organismu ve stáří. Komunikace se staršími pacienty bývá komplikována smyslovými a kognitivními poruchami a péče o ně může být těmito překážkami velmi ovlivněna. Ze své praxe vím, že je velmi důležité správně komunikovat se seniory, necitlivý a devalvační přístup starého člověka psychicky poznamená a může vést ke zhoršení jeho zdravotního stavu, apatii a nespolupráci.

Téma komunikace s hospitalizovanými seniory jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala zejména z toho důvodu, že pracuji v zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče a senioři představují odhadem okolo 90% našich klientů. Naše nemocnice byla na tuto péči přetransformována z původně rehabilitačního ústavu před necelými 3 lety a bylo nutné, aby se ošetřující personál naučil komunikovat se staršími pacienty, uvědomil si specifika komunikace se seniory a zvládal překonávání komunikačních bariér, které seniorský věk přináší. Jako staniční sestra se snažím vést sestry a ostatní ošetřující personál k úctě ke stáří a snaze o porozumění seniorům. Ostatně motto „...s úctou k člověku“ je součástí loga naší nemocnice (viz Příloha 3).

V bakalářské práci jsem se soustředila na zjištění, jak nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o hospitalizované seniory, vnímají překážky v komunikaci s nimi, zda a jak jim tyto bariéry komplikují ošetrovatelskou péči a jakým způsobem se je snaží překonat. Zaměřila jsem se zejména na tři nejčastější překážky v komunikaci, se kterými se u seniorů setkáváme, a to demenci, nedoslýchavost a zrakové postižení.

Cílem teoretické části práce je seznámit s komunikací obecně a především se specifiky komunikace se seniorem. Teoretická část je východiskem pro cíle empirické části bakalářské práce.

Hlavním cílem empirické části práce je zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci se seniory. Dílčími cíli jsou zjištění a analýza bariér v komunikaci se seniory s demencí, nedoslýchavými seniory a seniory s poruchou zraku. Dále jsem se zaměřila na zjištění, zda si nelékařští zdravotničtí pracovníci myslí, že mají dostatečné znalosti o komunikaci a zda mají zájem o další vzdělávání v této oblasti. Zajímalo mě také, zda mají zdravotníci dostatek času na komunikaci s hospitalizovanými seniory.

Pro své výzkumné šetření jsem zvolila ošetřující personál ve zdravotnickém zařízení Reamedica Žacléř, kde pracuji, a v nedaleké Oblastní nemocnici Trutnov, odkud jsou často senioři překládáni do naší nemocnice.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Komunikace

### 1.1 Komunikační proces

*„Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech.“* (Linhartová, 2007, s. 11)

Pojem komunikace pochází z latinského *communicare*, což znamená v překladu společně něco sdílet, spojovat, jednat, povídat si. Komunikace je prostředkem k uspokojení potřeby sociálního styku a přispívá k vytváření mezilidských vztahů. Všichni jsme součástí procesu komunikace, podílíme na něm a určitým způsobem ho ovlivňujeme. Zjednodušeně lze říci, že komunikace je předání a výměna informací.

**Komunikační proces** má tyto složky:

Komunikátor – osoba, která vysílá zprávu.

Komunikant – osoba, která zprávu přijímá a dekoduje.

Komuniké – obsah zprávy, emoce, postoje.

Komunikační jazyk – umožňuje předání zprávy, důležitý je proces kódování a dekodování.

Komunikační kanál – způsob, jakým je zpráva předána, a to buď přímým kontaktem (verbálně, neverbálně, činy) nebo nepřímým kontaktem (telefonicky, písemně, elektronicky apod.)

Zpětná vazba – reakce na přijatou zprávu, zjišťujeme tak, zda příjemce informaci porozuměl.

Komunikační prostředí – ovlivňuje vyslání i příjem zprávy, tvoří zpravidla komunikační šum a může způsobit zkreslení.

Komunikační kontext – situace, za které proces komunikace probíhá (Zacharová, 2011).

Komunikace je transakční proces, kdy se člověk stává současně mluvčím a posluchačem, neboť vzápětí po vyslání informace vnímá zpětnou vazbu od příjemce, ať už verbální či neverbální formou. Podle obsahu a osoby příjemce sdělení můžeme rozlišit několik úrovní komunikace:

- konverzační komunikace – zdvořilosti, kterými dáváme najevo zájem (pozdrav, zdvořilostní otázky apod.);
- předání informace – sdělení neutrálního charakteru bez emocionální hodnoty;

- vyjádření svého názoru, postoje;
- vyjádření svých pocitů a emocí;
- otevřená komunikace – sdělení svých názorů, pocitů, objasnění příčin svého chování (Pokorná, Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, 2010).

Komunikace plní mnoho funkcí a neexistuje oblast lidského života, kde se lze komunikaci vyhnout. V ošetrovatelství má komunikace zásadní roli, a to nejen komunikace s nemocným, ale také s lékaři, dalšími členy ošetrovatelského týmu, s příbuznými pacienta.

Základní funkcí komunikace je *informovat*, tedy jasně, nezkresleně předávat informace a fakta. Další důležitou funkcí komunikace ve zdravotnictví tvoří funkce *instruktivní*, která spočívá ve vysvětlování, popisu postupu vyšetření apod. *Přesvědčovací* funkce je motivační působení na pacienta s cílem ovlivnit jeho postoj a chování. S tím souvisí funkce *vzdělávací a výchovná*, kde je třeba dbát také na věrohodnost informačních zdrojů. Pacient si často najde informace na internetu, ale ne všechny jsou vhodné a správné. Komunikace plní i další funkce, např. funkci *zábavnou, poznávací, svěřovací* a také funkci *osobní identity*, která obvykle probíhá jako vnitřní řeč a pomáhá člověku ujasnit si postoje a myšlenky (Obereignerů, 2009).

Prostřednictvím komunikace může sestra získat cenné informace pro péči o pacienta, jednak jako ošetrovatelskou anamnézu v rámci ošetrovatelského procesu, jednak během komunikace s pacientem při běžné ošetrovatelské péči. Důležité jsou informace, které mají vliv na poskytování ošetrovatelské péče, jako jsou stravovací návyky, životní stereotypy, spánková hygiena, bolest, psychický stav nemocného. Sestra tráví s nemocným mnohem více času než lékař, pacient je při komunikaci s ní zpravidla v menším stresu, než když hovoří s lékařem. Pokud si sestra získá důvěru pacienta, získá i jeho ochotu odpovídat na otázky a také ptát se na vše nejasné. Sestra tak může získat maximum informací, které vyhodnotí a předává dalším členům týmu zdravotníků. Sestry jsou při svém kvalifikačním studiu komunikace vedeny k uplatňování rogersovského přístupu, který se zaměřuje na člověka. Klade důraz na naslouchání, autenticitu, respektování druhého, pozitivní ocenění, které podporuje růst člověka (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

V ošetrovatelské praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace:

**1. Sociální komunikace** – běžný hovor v kontaktu s nemocným při poskytování ošetrovatelské péče. Umožňuje pacientovi uspokojení potřeby sociálních kontaktů, které bývají při hospitalizaci omezené.

**2. Specifická, strukturovaná komunikace** – sdělování důležitých informací, edukace. Nutností je zpětná vazba, ověření, zda pacient informacím porozuměl a akceptuje je.

**3. Terapeutická komunikace** – individuální rozhovor s nemocným, poskytuje pomoc a oporu v těžkých chvílích.

Efektivní komunikace sestry je charakterizována srozumitelnou formou podáváných informací, zachováním důstojnosti nemocného, poskytnutím prostoru pro zopakování důležitých sdělení, dotazy, vyjádření názoru nemocného. Důležitá je kongruence komunikace, tj. shoda na verbální a neverbální úrovni (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pro efektivní komunikaci nejen v ošetrovatelství má zásadní význam **aktivní naslouchání**, které spočívá v tom, že soustředěně posloucháme druhého člověka a snažíme se pochopit jeho sdělení. Zároveň poskytujeme odezvu, podporujeme a pomáháme najít řešení problémů a odpovědi na otázky spolu se sdělující osobou. Vyhýbáme se tomu, abychom na sebe brali odpovědnost za řešení problémů, neradíme. Tím se komunikace posouvá od tradičního paternalistického přístupu k přístupu sociálně – partnerskému. Vyšším stupněm aktivního naslouchání je empatické naslouchání, kdy věnujeme pozornost emocím druhého a snažíme se vcítit do jeho prožívání. Aktivní naslouchání probíhá ve třech fázích: rozpoznání emocí, vyslechnutí souvislostí a společné nalezení řešení. Ve všech těchto fázích lze využít tyto techniky aktivního naslouchání:

- povzbuzení – ukázání zájmu o druhou osobu a o předmět rozhovoru;
- objasnění – získání informací;
- zrcadlení – vyjádření porozumění;
- parafrázování – sdělení informací vlastními slovy;
- shrnutí – zopakování podstatných faktů;
- ocenění – ocenění přístupu, ochoty k vyřešení problému.

Aktivní naslouchání spojené s empatií, kdy si ale zároveň zachováváme určitou objektivitu, je cennou komunikační dovedností a přispívá ke zlepšení mezilidských vztahů (Pokorná, Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, 2010).

## **1.2 Verbální komunikace**

Verbální komunikace znamená přenos informací prostřednictvím slov, ve formě mluvené, psané nebo pomocí znakových symbolů. Pro to, aby byla verbální komunikace efektivní a úspěšná, musí splňovat určité požadavky. Měla by být především jednoduchá, stručná, bez zbytečného opisování a bez odborné terminologie, avšak je nutné ověřit si úroveň porozumění u konkrétní osoby, neboť podání informací příliš jednoduše může

na člověka působit devalvačně. Sdělení by mělo být předáno stručně, s ponecháním času na případné otázky. Dalším požadavkem na efektivní komunikaci je zřetelnost bez dvoj-  
smyslných slovních obrátů. Rozhovor je nutné správně načasovat a přizpůsobit reakcím druhé osoby (Venglářová, Mahrová, 2006).

Při verbální komunikaci se uplatňuje vliv několika faktorů:

- Situační kontext – situace, za které probíhá komunikační proces. Komunikace může být jednosměrná (monolog) nebo obousměrná (dialog). Rozhovor dává možnost nějak reagovat, vyjádřit se ke sdělenému. Masová komunikace je další variantou komunikace, neumožňuje zpětnou vazbu, i když např. při přednášce je možné ponechat prostor pro vyjádření názoru posluchačů. Na komunikaci má vliv také psychický a fyzický stav komunikujících.
- Vnitřní dispozice jedince – individualita, komunikační zvyky, které se člověk naučí v rodině a rozvíjí je celý život.
- Motivace ke komunikaci – předpokladem úspěšné komunikace je zájem o druhého člověka, ochota komunikovat (Venglářová, Mahrová, 2006).

Podstatnými činiteli, kteří ovlivňují verbální komunikaci, jsou denotace a konotace.

**Denotace** je vztah mezi výrazem a tím, co označuje, jedná se tedy o název, obecný význam pojmu. **Konotace** je asociativní významová složka pojmu, která určuje emocionální charakter. Nesoulad mezi denotativním a konotativním hodnocením výrazu pak vede k nesprávné interpretaci a pochopení pojmu (Příbyl, 2015).

V ošetrovateľské praxi má verbální komunikace významné postavení. Základem psychosociální komunikace je **rozhovor**. Prostřednictvím dobře vedeného rozhovoru s pacientem může sestra poznat jeho osobnost a dosáhnout žádoucí změny v jeho chování. Rozhovor má vždy dvě stránky – věcnou stránku, která zahrnuje přenos informací, a sociálně-emoční stránku. Tuto stránku určuje postoj sestry vůči pacientovi a její schopnost empatie. Nejčastěji jsou v ošetrovateľské praxi vedeny rozhovory diagnostické, terapeutické, informační a edukační. *Diagnostický* rozhovor je součástí ošetrovateľského procesu, sestra při něm získává informace o pacientovi a jeho problémech. *Terapeutický* rozhovor se zaměřuje na zmírnění nebo odstranění strachu, úzkosti, smutku, velkou roli zde hrají komunikační dovednosti sestry, jako je především aktivní naslouchání, schopnost empatie. *Informační* rozhovor slouží k podání určitých informací o plánovaném výkonu, ošetření apod. formou dialogu s pacientem, srozumitelně, citlivě, stručně. *Edukační* rozhovor se používá k poskytování informací a praktických dovedností, účelem je motivace a zapojení nemocného do léčby (Zacharová, 2011).

Důležitou složkou rozhovoru jsou odpovědi, reakce na otázky pacienta. Odpovědi mají být vždy voleny podle aktuálního psychického a fyzického stavu pacienta, tak, aby nemocnému neublížily, ale naopak zmírnily jeho úzkost a obavy a podpořily ho v dalším hovoru. Rozlišujeme několik typů odpovědí:

- empatické – dávají najevo pochopení emocí a účast;
- věcné – nezohledňují emocionalitu pacienta;
- generalizující – neberou v úvahu individuální prožívání;
- moralizující – porovnávání reakcí pacienta s pravidly, které uznává sestra;
- vyhýbavé – přenášení odpovědnosti za informace na jinou osobu nebo odklon od tématu;
- interpretující – diagnostikující odpovědi, hodnotí reakce pacienta (Zacharová, 2011).

Přechod mezi verbální a neverbální formou komunikace tvoří **paralingvistické prvky**, které doplňují slovní obsah sdělení a dotváří celkový dojem z verbálního projevu. Patří mezi ně hlasitost řeči, rychlost řeči, přízvuk, slovosled, plynulost řeči, intonace, chyby, věcnost hovoru (Pokorná, Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, 2010). Paralingvistické prvky jsou pacienty velmi citlivě vnímány, zejména pak pokud mají zrakový problém a chybí jim vjemy neverbálních projevů. Pacient z naší paralingvistiky vycítí, když jsme nervózní, spěcháme, rozhovor nás nudí apod. Správné používání paralingvistiky přispívá k produktivní komunikaci, usnadňuje porozumění, podporuje zaujetí posluchačů a motivaci k rozhovoru.

### 1.3 Neverbální komunikace

Na utvoření prvního dojmu ze setkání s člověkem se údajně podílí z 55% jeho vzhled, z 38% to, jak člověk stojí, mluví, a jen z 7% to, co říká. Neverbální komunikace, někdy označovaná jako řeč těla, doplňuje komunikaci verbální a měla by s ní být v souladu. Jestliže neverbální chování neodpovídá verbálnímu projevu, člověk má tendence věřit spíše neverbálním signálům. Neverbální chování se učíme od svých rodičů, napodobujeme jejich gesta, mimiku, neseme si do života určité vnímání osobní vzdálenosti. Stejně jako jazyk se i neverbální projevy liší mezi kulturami (Obereignerů, 2009).

Neverbální komunikace má důležitou roli v poskytování ošetrovatelské péče zejména zranitelnějším skupinám nemocných, jako jsou děti a staří lidé, neboť zdůrazňuje pocity člověka a jeho osobní názor. Neverbální projevy lze jen těžko ovládat vůlí nebo

skrývat. I když se sebeovládání a kontrola mimických projevů dá naučit, tak vnímavý jedinec odhalí např. neupřímnost úsměvu při pohledu do očí, které se „nesmějí“ (Pokorná, Komunikace se seniory, 2010). Neverbální komunikace nás provází neustále, v každé situaci a probíhá bezděčně. Je to řeč našeho těla, může o nás druhému člověku prozradit mnoho informací, i když mlčíme (Linhartová, 2007).

Mezi základní projevy neverbální komunikace patří: mimika, gestika, haptika, proxemika, posturologie, kinetika.

**Mimika** je výraz tváře, na kterém se podílí svalstvo očí a úst. Pohyby těchto svalů jsou ovládány vůlí, ale uplatňují se i mimovolní aspekty. Obličej lze rozdělit na tzv. mimické zóny, tedy oblast čela a obočí, oblast očí a nos, ústa a části tváří. Z výrazu tváře se dá vyčíst 7 základních emocí člověka:

- štěstí – neštěstí;
- radost – smutek;
- klid – rozčilení;
- zájem – nezájem;
- spokojenost – nespokojenost;
- neočekávané překvapení – splnění očekávání;
- pocit jistoty – strach.

Nejefektivnější prostředek neverbální komunikace je úsměv. Upřímný úsměv povzbuzuje, posiluje důvěru, pomáhá odlehčit napětí, překonat bariéry, může odvrátit konfliktní situaci. Sestra by si měla všimnout výrazu ve tváři nemocného, zejména projevů bolesti, psychického napětí, strachu, studu, a pokusit se je zmírnit (Zacharová, 2011).

**Gestika** je chápána jako záměrné pohyby hlavou, rukama, rameny, nohama. Gesta často nahrazují slova, zdůrazňují a doplňují to, co bylo řečeno, vyjadřují emoce. U neslyšících je gestika nepostradatelnou formou komunikace. V této oblasti neverbální komunikace jsou mnohé rozdíly mezi kulturami, stejné gesto může mít v různých kulturách úplně jiný význam (Pokorná, Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, 2010).

**Haptika** představuje komunikaci pomocí dotyků. Haptický kontakt je v ošetrovatelství nezbytný a neobejde se bez schopnosti empatie. Při prvním setkání jde o podání ruky, které by vždy mělo být spojeno s očním kontaktem a úsměvem. Při dotyku člověk vnímá tlak na kůži, teplo či chlad, vibrace. V ošetrovatelské praxi využijeme i pohazení, objetí, podržení za ruku, vždy s respektováním přání a pocitů pacienta.

**Proxemika** je založena na prostorovém členění a respektování určitých hranic. Jde o vzdálenost mezi osobami, kterou lze vnímat ve dvou rovinách – v rovině horizontální, kdy např. vzdálením se dáváme najevo nezájem o pokračování v rozhovoru, a v rovině vertikální, která představuje výškovou úroveň mezi očima obou osob. Pohled shora se jeví dominantně, pohled zdola naopak submisivně. Na to je třeba myslet, když hovoříme s pacientem, který sedí ve vozíku nebo leží na lůžku. Prostor kolem člověka dělíme do 4 zón:

1. Intimní zóna (15 - 30 cm) – je spojena s fyzickým hmatovým kontaktem. Vstup do intimní zóny umožňujeme jen nejbližším, jako jsou manželé, děti, rodiče, sourozenci, velmi blízcí přátelé. Narušení této zóny jiným člověkem vyvolává nelibé pocity a snahu o únik. Sestra při ošetrovatelské péči často musí vstoupit do intimní zóny pacienta, měla by však při tom s ním komunikovat, vysvětlit mu důvod vstupu a chovat se taktně.
2. Osobní zóna (45 – 120 cm) – vzdálenost při jednání, diskusi, vzájemné komunikaci zdravotníka a pacienta. Umožňuje sledování mimiky, oční kontakt, podání ruky, lze vnímat tělesné teplo druhé osoby.
3. Společenská, sociální zóna (120 – 360 cm) – formální komunikace, často mezi více osobami. Zrakem vnímáme celou postavu, slova musí být dostatečně hlasitá, není možný fyzický kontakt. Tato vzdálenost není vhodná pro komunikaci zdravotníka s pacientem, může na něj působit jako sociální odstup.
4. Veřejná zóna (více než 360 cm) – charakteristická hlasitou řečí, zřetelnou výslovností, pohybem v prostoru. V této vzdálenosti se odehrává komunikace při přednáškách apod. Vnímání velikosti jednotlivých zón se individuálně liší, ovlivňuje ho společnost, ve které žijeme, výchova v rodině, ale i aktuální psychický stav člověka.

**Posturologie** se zabývá postojem, polohou a držením těla. To, jak pacient stojí, leží či sedí, vypovídá o jeho fyzickém i psychickém stavu. Důležitou úlohu mají také polohy končetin, hlavy, naklonění těla. Pro efektivní komunikaci mezi sestrou a nemocným je důležité sladění poloh, pokud je to možné. Poloha obou by měla být rovnocenná, neměla by vyvolávat pocit dominance a submisivity. Pacient se cítí lépe, jestliže se sestra posadí na židli vedle vozíku nebo lůžka, než když stojí nad ním (Zacharová, 2011).

**Kinetika** zahrnuje pohyby těla a jeho částí, soustředí se na rychlost, trvání, dynamiku, prostorovost, soulad pohybů. Součástí kinetiky je chironomie, která se zabývá pohybem rukou, její specializovanou část tvoří znaková řeč (Venglářová, Mahrová, 2006).

Mezi složky neverbální komunikace patří rovněž vizika, tj. řeč očí, chronemika, tj. zacházení s časem, úprava zevnějšku, zacházení s předměty, vůně těla, úprava prostředí (Kelnarová, Matějková, 2014). Všechny tyto projevy o nás také něco vypovídají a sestra by měla mít vždy na paměti, že pacient vnímá nejen to, co říká a jak se tváří, ale také to, jak je upravená a jestli má čistou uniformu, neboť i to je vyjádřením úcty k nemocnému.

## 1.4 Bariéry v komunikaci

Efektivní komunikaci brání různé překážky, které mohou vzniknout mezi komunikujícími osobami na obou stranách. Podle Pokorné se dají bariéry v komunikaci rozdělit na interní a externí. Mezi interní bariéry patří překážky, které pramení z individuálních schopností, prožívání, zdravotního stavu, tj. obava z neúspěchu, negativní emoce, jako je zlost nebo úzkost a strach, bariéry vyplývající z postoje (např. xenofobie), nepřipravenost a fyzický diskomfort, nemoc. Externí bariéry tvoří zevní prostředí, může se jednat o rušení komunikace další osobou, okolní hluk a šum, rozptylování vizuálními podněty v okolí, komunikační zahlcení, neschopnost naslouchání (Pokorná, Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství, 2010).

Zacharová (2011) uvádí dělení překážek v komunikaci podle Kristové:

- praktické – rušivé vlivy prostředí, příliš tichý hlas apod.;
- fyziologické – smyslové poruchy, afázie, bolest, únava;
- jazykové – odlišný mateřský jazyk, nesrozumitelnost vyjadřování;
- emotivní – vedou ke snížení koncentrace;
- intelektové – odlišnosti v pochopení informace.

V ošetřovatelské praxi se vyskytují komunikační bariéry na straně sestry i na straně nemocného. Mezi překážky na straně sestry patří nepřesné nebo polopravdivé informace, vyhýbání se určitému tématu, manipulace, zahlcení pacienta informacemi, devalvační chování k pacientovi (urážky, dvojsmyslné poznámky, výsměch). Další překážky ze strany sestry tvoří neochota naslouchat, vnucování vlastních názorů a postojů, používání odborných výrazů. Bariérou, kterou ne vždy může sestra ovlivnit, je bezpochyby také nedostatek času. Na straně pacienta vznikají situace, kdy pacient neumí, nechce nebo nemůže komunikovat. Neumí komunikovat např. proto, že je cizinec a nerozumí jazyku, dále z důvodu smyslové poruchy sluchu, zraku, nebo proto, že má snížené komunikační schopnosti v důsledku demence. Pacient nechce komunikovat z důvodu bolesti, depresí, úzkosti, únavy,



hospitalismu, studu při poruchách řeči, jako je zadržávání, kórtání. To, že pacient nemůže komunikovat, je způsobeno např. afázií, intubací dýchacích cest, poruchou vědomí (Zacharová, 2011).

Jazykovou bariérou ve zdravotnictví se zabýval ve své studii Calderón, který spolu se svým týmem zkoumal překážky v komunikaci zdravotnických pracovníků s příslušníky etnických menšin v USA, zejména těch španělsky hovořících. Komunikace ve zdravotnictví je definována jako předávání srozumitelných a použitelných informací týkajících se zdraví. Informace jsou přeloženy do jiných jazyků, není však brán zřetel na srozumitelnost, volbu a skladbu slov. Příslušníci etnických menšin většinou nejsou zahrnuti do zdravotnických výzkumů a studií, neboť nerozumí důležitým informacím. Bylo zjištěno, že jazyková bariéra přispívá ke zhoršení pacientovy spolupráce, nedostatečné primární a sekundární prevenci nemocí a tím také ke zvýšení nákladů na zdravotní péči (Calderón, 2004).

## 2 Stáří a stárnutí

### 2.1 Stáří, senior

Základní pojmy vztahující se k seniorské problematice vycházejí z latinského slova *senex* (starý), řeckého *gerón* (stařec) a v poslední době také z anglických slov *age* (věk) a *the elderly* (starší lidé). Definice, které vymezují stáří, je mnoho. V dávné historii Aristoteles definoval stáří jako ztrátu tepla a Hippokrates jako ztrátu vlhka. Dnešní autoři definice stáří se shodují na tom, že stáří neboli senium je poslední vývojovou etapou lidského života, která končí smrtí. Jde o důsledek involučních změn, které jsou dány geneticky, životními podmínkami, stylem života. Rozlišujeme stáří kalendářní, biologické a sociální. **Kalendářní stáří** je určeno dosažením daného věku. Podle WHO se dělí stáří na patnáctileté etapy:

- 60-74 let – rané stáří;
- 75-89 let – vlastní stáří;
- 90 a více let – dlouhověkost.

Vzhledem k tomu, že se zdravotní stav seniorů zlepšuje a prodlužuje se délka života, stále častěji se používá upravené dělení stáří:

- 65-74 let – mladí senioři;
- 75-84 let – staří senioři;
- 85 a více let – velmi staří senioři.

**Biologické stáří** je charakterizováno mírou involučních změn a je individuální. Navenek se projevuje jako tzv. fenotyp stáří, tedy svrašťování kůže, šedivění vlasů a jejich úbytek, ochabnutí svaloviny, změny postavy, poruchy sluchu a zraku, úbytek sil, zpomalení psychomotorického tempa. Na biologické stáří mají velký vliv životní podmínky, způsob života, postoj k životu a ke stárnutí. **Sociální stáří** je spojeno především s odchodem do starobního důchodu, který s sebou přináší změnu životního stylu a sociálních rolí. Může být provázeno osamělostí, pocitem nepotřebnosti, uzavírání se do sebe. Významnou roli v prevenci sociální izolace hraje životní partner a děti, záliby, kulturní a společenské aktivity, budování mezilidských vztahů již v produktivním věku (Příbyl, 2015).

S ohledem na prodlužující se délku života, kdy je reálné dožití se věku kolem 100 let, je třeba přehodnotit přístup ke starším lidem a respektovat osobní a společenské ambice seniorů, zdravé aktivní stáří. Seniorská populace je heterogenní, nelze charakterizovat typického seniora. Starší lidé jsou jedinečné osobnosti, lišící se věkem, zdravotním

stavem, životním stylem, postoji, hodnotovým žebříčkem, vzděláním, životními zkušenostmi a dalšími rysy. Seniora nemůžeme zjednodušeně považovat za osobu se zdravotními a funkčními deficity, závislou na péči druhých. Mnoho starších lidí pracuje i po dosažení důchodového věku, studuje, cestuje, navazuje nové společenské kontakty. Jednou z hlavních determinant kvality života je zdraví. Ve stáří není zdraví pouze stav bez nemoci, ale důležitou roli hraje i soběstačnost seniora a jeho aktivita, postoj k životu. Nemoc vede často k omezení soběstačnosti a sociální izolaci. Člověk by měl co nejdéle zůstat v domácím prostředí, neboť dlouhodobá hospitalizace s sebou přináší odloučení od blízkých, nedostatek aktivit a podnětů, změny v psychice, může vést až k demenci (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Seniora je nutno vnímat jako jedinečnou osobnost s individuálními prožitky, zkušenostmi, zvyklostmi, potřebami. Potřeby seniorů lze rozdělit následovně:

- biologické potřeby – jsou ve starším věku vnímány jako hodně důležité, jedná se o zdraví a fyzickou pohodu;
- psychologické potřeby – podněty, aktivity k vyplnění volného času, jejich neuspokojení vede k psychickému rozladění a depresím;
- sociální potřeby – společenské kontakty, tyto potřeby jsou často nenaplněné, senioři se mohou po odchodu ze zaměstnání ocitnout v sociální izolaci a někteří ani nemají chuť a zájem navazovat nové kontakty;
- spirituální potřeby – opora v rodině, pocit potřebnosti, účast na rodinných akcích, pocit sounáležitosti (Novák, 2014).

V ošetrovatelství se setkáváme se seniory často, na některých odděleních dokonce převažují. Zdravotní problémy jsou ve stáří významně provázány s psychickým stavem. Somatické onemocnění a dekompenzace psychiky seniora se vzájemně indukují a ovlivňují, obvykle vedou k podávání tlumivých léků, což zhoršuje mobilitu, únavu, soběstačnost. Psychosomatická deteriorace spolu s nevhodnými a necitlivými ošetrovatelskými intervencemi, jako je pohybové omezení nebo ponižující ošetřování, a sociální izolací přispívá ke ztrátě sebeúcty, sociální role a smyslu života. Rozvoj psychosomatických obtíží souvisí i s přítomností psychosociálních stresorů stáří (ztráta životního partnera, odchod ze zaměstnání, pokles životní úrovně apod.). Prioritou zdravotní péče u seniorů by měla být zejména podpora integrity osobnosti a respektování autonomie, což znamená také nezatěžování seniora množstvím vyšetření a zákroků, které nevedou ke zlepšení kvality jeho života (Kalvach a kol., 2008).

Vyspělá medicína přináší v oblasti geriatrické péče nejen efektivní léčbu, která umožňuje prodloužení délky života, ale je také spojena s určitými riziky. K nim patří zejména:

- nedocenění dopadu diagnostických a léčebných postupů na kvalitu života seniorů, na jejich psychiku, soběstačnost a bezpečnost, jedná se především o hospitalismus, imobilizaci, používání omezovacích prostředků při delirantních stavech;
- nedostatečná snaha o navrácení seniora do domácího prostředí, často se upřednostňuje umístění do zařízení dlouhodobé péče;
- polypragmazie (podávání nadměrného množství léků) a podceňování nefarmakologických postupů;
- ageismus, nedostatečný respekt k životu ve stáří, s tím je spojená občas nedostatečná léčba tam, kde by byla na místě a zlepšila by kvalitu života seniora;
- naopak zatížení pacienta nepřiměřenými a zbytečnými diagnostickými a léčebnými postupy (dystanazie);
- nedostatek specializovaných geriatrických oddělení, nevyhovující návaznost komunitních služeb na zdravotní péči;
- neuspokojivá úroveň znalostí zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace, etiky a psychoterapie (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

## **2.2 Změny organismu ve stáří**

Stárnutí je přirozený proces, při kterém dochází k morfologickým a funkčním involučním změnám. Proces regresivních změn je řízen částečně geneticky, částečně vlivem způsobu života, nemocí a úrazů, které jedinec prodělal, životního prostředí. Involuční změny nastupují individuálně, postupně, v různých orgánech a systémech lidského organismu v různém věku (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Na proces stárnutí má významný vliv rovněž to, jak senior změny, které přicházejí, přijímá, vyrovnává se s nimi a zda si dokáže zařídit nový spokojený život. Osobnost seniora ovlivňuje reakce na změny neboli adaptaci na stáří. Adaptace člověku umožňuje přežít těžké situace, je to jedna ze základních lidských vlastností. Významnou úlohu při vyrovnávání se se změnami plní i blízcí seniora, jejich pomoc a tolerance je pro něj velmi důležitá.

Rozlišujeme několik modelů adaptace na stáří:

- Konstruktivní přístup – předpokládá přípravu na stáří již během produktivního věku, jejíž součástí je zdravý životní styl, především zdravé stravování a přiměřená pohybová aktivita, dále udržování dobrých vztahů v rodině a s přáteli.
- Závislost na okolí – není vždy v souladu s objektivním stavem seniora, někteří staří lidé vyžadují více pozornosti od rodiny nebo ošetřujícího personálu, stížnostmi na somatické obtíže upozorňují na svou sociální izolaci a potřebu kontaktu.
- Nepřátelský postoj – vyplývá z nezvládnání adaptace, senior projevuje hostilitu, někdy i agresi vůči rodině, ošetřujícímu personálu, ostatním klientům nebo pacientům (Venglářová, 2007).

Stárnutí může mít různou podobu:

*Aktivní stáří, úspěšné stárnutí* – zdravotní stav, psychická reakce na změny ve stáří a sociálně-ekonomické možnosti jsou v souladu, je vytvořen prostor pro seberealizaci, aktivní život a spokojenost až do vysokého věku.

*Obvyklé stárnutí* – nesoulad mezi horším zdravotním stavem, psychickou adaptací na stáří a sociálně-ekonomickou situací, neuspokojivá seberealizace, odpovídá mnoha stejně starým seniorům ve společnosti.

*Patologické stárnutí* – zdravotní stav, psychická adaptace, seberealizace a spokojenost je v porovnání s běžným stavem vrstevníků seniorů ve společnosti podstatně horší, dochází ke ztrátě soběstačnosti, rezignaci, obvykle je i špatná ekonomická situace. Podíl na patologickém stárnutí mají involuční změny, chronická onemocnění, sociálně-ekonomické prostředí, osobnost seniora (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Multikauzální, věkově podmíněné změny, které se projevují v průběhu stárnutí, se označují jako **geriatrická deteriorace**. Na tomto procesu se podílí genetická dispozice, důsledky chronických nemocí a prodělaných úrazů, důsledky životního stylu, stav výživy ve smyslu obezity nebo malnutrice, účinky léků, alkoholu, návykových látek, vlivy prostředí (zahrnují fyzikální, ekonomické, sociální prostředí), psychický stav seniora. Geriatrická deteriorace není vázaná na konkrétní chorobu, postihuje současně nebo postupně několik orgánových systémů, je závislá na věku, u žen začíná dříve a rychleji postupuje a může, ale nemusí způsobit disabilitu a závislost. Je však také ovlivnitelná a částečně reverzibilní. V pokročilé fázi vedou změny ke geriatrické křehkosti (frailty), která se manifestuje funkčními deficity a zranitelností, např. častými pády, což může vyústit v omezení pohyblivosti, soběstačnosti a nezávislosti (Kalvach a kol., 2008).

Změny nastávají v oblasti tělesné, psychické i sociální. Mezi **tělesné změny** patří např. úbytek svalové hmoty, degenerace kloubů, změny v systému kardiopulmonálním, trávicím, vylučovacím, změny sexuální aktivity, změny smyslových funkcí. Dochází k úbytku tělesných sil, snížení obranyschopnosti organismu, zvýšené křehkosti kostí. **Psychické změny** zahrnují zhoršování paměti, obtížnější učení se novým věcem, emoční labilitu, pokles sebedůvěry, změny ve vnímání a úsudku. Často se objevují deprese. Psychický stav seniora ovlivňují **sociální změny**, ke kterým dochází, jako je odchod ze zaměstnání do penze, sociální izolace, změny stylu života. Může dojít i ke ztrátě životního partnera, stěhování, zhoršení finanční situace (Venglářová, 2007).

Existuje několik teorií, které objasňují příčiny involučních změn v organismu. Teorie stárnutí lze rozdělit do dvou základních skupin:

- Stochastické teorie – teorie náhodných změn a opotřebování; tvrdí, že změny ve stáří jsou náhodné a vznikají v důsledku opotřebení nebo poškození organismu. Patří sem např. teorie omylů a katastrof proteosyntézy (chyby v syntéze bílkovin), teorie opotřebení (poškození částí organismu), teorie mutační (zánik buněk v důsledku somatické mutace DNA), teorie volných radikálů (poškození buněk působením volných radikálů kyslíku).
- Nestochastické teorie – teorie naprogramování; tvrdí, že stárnutí je naprogramováno geneticky. Jedná se např. o pacemakerovou teorii (teorie genetických hodin, které běží již od narození), genetickou teorii (genetická dispozice k určitým chorobám), teorii existence genů dlouhověkosti nebo naopak progerie (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Stáří s sebou přináší celou řadu psychických změn, které mohou komplikovat komunikaci a ošetrovatelskou péči jak v rodině, tak ve zdravotnickém zařízení nebo domově seniorů. Objevují se deprese, snižuje se sebeovládání, zvyšuje se egocentrické zaměření. Se stárnutím se vyhrocují některé vlastnosti, které byly dříve ještě přijatelné, jako je podezřivost, žárlivost, vztahovačnost, a mohou se již stát nesnesitelnými. Starému člověku často chybí nadhled a velkorysost. Tyto psychické změny nastávají postupně a někdy mohou přejít v demenci, ztrátu paměti, pohroužení se do svého světa. Naproti tomu vážné psychické poruchy s halucinacemi a bludy se zpravidla objeví náhle, bez varování. Pečující osoba se pak může stát hromosvodem negativních emocí seniora a pro zvládnutí těchto situací je velmi důležité vědět, jaké psychické změny se ve stáří mohou objevit, a nebrat si takové chování seniora osobně (Novák, 2014).

S přibývajícím věkem dochází také ke zhoršení kognitivních funkcí, zhoršuje se výbavnost, zpomaluje se psychomotorické tempo. Poruchy poznávacích funkcí se vyskytují v různé míře, od lehkého postižení paměti až po syndrom demence, při kterém postupně dochází k omezení schopnosti vykonávat běžné denní aktivity až ke ztrátě soběstačnosti. Rovněž poruchy smyslových funkcí snižují kvalitu života seniora a významně ovlivňují úroveň komunikace. Zejména postižení zraku a sluchu je pro starší lidi problematické, neboť znesnadňuje orientaci, pohyb, komunikaci a sociální kontakty (Kalvach a kol., 2008).

Stáří přináší řadu změn, které mají vliv na kvalitu života. Vždy bychom však měli mít na paměti, že veškeré změny spojené se stárnutím jsou zcela individuální a nelze je automaticky předpokládat u každého seniora.

## 3 Komunikace se seniory

### 3.1 Specifika komunikace se seniory

Komunikace představuje prostředek k identifikaci potřeb, jejichž pojmenování nemusí být vždy jednoduché ani u mladého a zdravého člověka. Mnohem složitější se potom jeví u starších jedinců, kteří jsou často limitováni změnami v kognitivních funkcích, smyslovými postiženími, psychickými změnami. Mezigenerační komunikace přináší mnohá nedorozumění, která vycházejí také z odlišnosti životních zkušeností, změn ve stylu života společnosti, na něž se senioři obtížněji adaptují, a vyžaduje vzájemnou úctu, respekt a pochopení (Příbyl, 2015). V současné době můžeme ve zdravotnictví pozorovat změny od paternalistického přístupu k přístupu partnerskému. Dnešní senioři jsou často zvědavější, chtějí se podílet na rozhodování o způsobu léčby, lékař už není nezpochybnitelnou autoritou. Základním východiskem pro komunikaci se seniory by měl být fakt, že starší lidé jsou dospělými jedinci, kteří mají stále svou důstojnost, i když nejsou zcela soběstační nebo mají nějakou formou omezenou autonomii, např. v důsledku demence (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

Základem ošetrovatelské péče je sociální komunikace, jejíž zvládnutí je nezbytné pro efektivní aplikaci ošetrovatelského procesu s holistickým přístupem, zaměřeným na bio-psycho-sociální potřeby jedince. Komunikace se seniorem vyžaduje od sestry trpělivost, empatii a komunikační dovednosti, zejména schopnost aktivně naslouchat, a to nejen sluchem, ale také zrakem, tedy všímat si neverbálních a paralingvistických projevů pacienta. Sestra, která seniorovi aktivně naslouchá, mu tím projevuje důvěru, úctu a respekt a má možnost získat zpětnou vazbu (Zacharová, 2008).

Hospitalizovaný senior je vytržený ze svého přirozeného prostředí, nemoc omezuje jeho aktivity, snižuje sebevědomí a způsobuje sociální izolaci. Těžkou krizi přináší také uvědomování si nevyhnutelnosti konce života, kterou si možná do té doby zdravý senior nepřipouštěl. Efektivní a pozitivní komunikace může působit jako lék, ovlivňuje pohodu nemocného a zlepšuje jeho psychický i fyzický stav. Senioři často od zdravotníků očekávají uspokojení své potřeby sociálního kontaktu, a pokud tato jejich představa není splněna, mohou se cítit frustrováni (Kabátová, 2012).

U starších osob může dojít ke zhoršení kognitivních funkcí, zejména v důsledku změn smyslového vnímání. S těmito změnami pak souvisí změny emotivity, myšlení, představivosti a paměti. Je nutno také pomýšlet na možnou demenci, která pacientovi znemožňuje správné vyhodnocení a uchování informace (Zacharová, 2013). Schopnost seniorů



přijímat informace je ovlivněna fyzickými, psychickými, kognitivními a psychosociálními změnami, mezi nimiž jsou obecně známé poruchy zraku a sluchu a poruchy kognitivních funkcí. Je však nutné přistupovat ke starším osobám individuálně, automatické předpokládání těchto poruch u seniorů je projevem ageismu. Schopnost porozumět obsahu sdělení a reprodukovat ho ovlivňuje aktuální fyzický a psychický stav (např. dehydratace, zvýšení tělesné teploty), vzdělání a předchozí zkušenosti, kognitivní změny, charakterové vlastnosti a také ochota ke spolupráci (Pokorná, Komunikace se seniory, 2010).

Změny, ke kterým dochází v souvislosti se stárnutím organismu, vedou k nutnosti přizpůsobit komunikaci se seniorem jeho potřebám s respektováním individuálních schopností. Nevhodným způsobem přizpůsobení je však tzv. **elderspeak**, mezi jehož projevy patří: pomalejší tempo řeči, zvýšený tón hlasu, výraznější intonace, opakování informací a zjednodušený slovník. Tento styl komunikace vede k devalvaci seniorů, snižuje jejich sebevědomí a může dojít až k rozvoji deprese. Řadíme jej mezi prvky ageismu. Jednou z přijatelných forem přizpůsobení komunikace může být např. **preterapie**, která vychází z rogersovského přístupu, orientovaného na člověka. Její zakladatel Garry Prouty ji označuje jako „reagování na klienta“, umožňuje navázat komunikaci i s pacienty, kteří jsou považováni za nekomunikující. Podstatou techniky je reflexe slov a zvuků, situací, výrazů obličeje apod. (Příbyl, 2015).

Komunikace se starším člověkem má jistá specifika, a to jak v oblasti verbální, tak v oblasti neverbální komunikace. **Verbální komunikace** je pro seniory velmi významná, často mají potřebu se vypovídat. Rozhovor se seniorem vyžaduje dostatek času, neboť starší člověk může mít pomalejší tempo řeči, hůře si vybavovat slova, pomaleji reaguje, odpovědi mohou být obšírné, odbíhající od tématu, někdy opakuje to, co již bylo řečeno. Poruchy paměti vedou k tomu, že si pacient těžko vybavuje některé situace, jména, čísla. Sestra by neměla používat odborné výrazy, latinskou terminologii či zdravotnický slang. Důležité je ověřovat si zpětnou vazbou, zda pacient správně porozuměl informacím. Odpovědi na otázky seniora by měly být jednoduché, srozumitelné, vždy s ohledem na jeho mentální schopnosti a aktuální fyzický a duševní stav. Velkou pozornost je potřeba věnovat přípravě prostředí k rozhovoru, senior potřebuje klid a soukromí. Hluk a šum komplikuje jeho vnímání, a to i když jinak slyší dobře (Kabátová, 2012).

I **neverbální komunikace** se seniorem má určitá specifika. Ve tváři starého člověka můžeme vidět vepsaný celý jeho život, zkušenosti a prožitky. Tvář je důležitým komunikačním prostředkem jedince s poruchou sluchového vnímání. Velký význam při komunikaci sestry se starším pacientem má oční kontakt, oči prozradí pacientovy city, prožívání,

myšlenky, fyzický a psychický stav. Na druhou stranu také pacient vyčte z pohledu sestry upřímný zájem, porozumění, nebo naopak lhostejnost, netrpělivost a uspěchanost. Při ošetrovatelské péči o seniora využívá sestra nejčastěji osobní, případně společenskou zónu, může se však dostat i do intimní zóny, a to např. při vyšetření, úkonech hygieny nebo při použití haptiky – pohlazení po ruce nebo po tváři, podání ruky. Hodně o fyzickém a psychickém stavu staršího pacienta napoví poloha těla, pohyb končetin, gesta, jeho celkový vzhled a úprava zevnějšku (Zacharová, 2008).

Při komunikaci se seniory hospitalizovanými ve zdravotnickém zařízení bychom se měli vyvarovat především těchto chyb:

- Familiární oslovení „babi, dědo“ – pacienty oslovujeme zásadně jménem, titulem.
- Infantilismus – užívání výrazů, kterými hovoříme s malými dětmi.
- Uspěchanost, netrpělivost, nedostatek zájmu, direktivní vedení rozhovoru.
- Používání odborné terminologie nebo výrazů ze zdravotnického žargonu.
- Automatické předpokládání smyslových nebo kognitivních poruch, nerespektování individuality seniora – zrakové nebo sluchové poruchy si vždy nejprve taktně ověříme a poté vhodně přizpůsobíme komunikaci.
- Používání elderspeaku, devalvační chování, nedostatek úcty (Kabátová, 2012).

Principy vedoucí ke zlepšení komunikace zdravotníků a seniorů vycházejí z **Evropské charty pacientů seniorů**, která je součástí Madridského plánu, vydaného r. 2007. Zdůrazňují zejména:

- aby byl senior považován za partnera a měl možnost podílet se na rozhodnutích týkajících se jeho zdraví;
- aby mu bylo trpělivě nasloucháno;
- aby mohl být případně zastupován osobou, kterou si sám určí;
- aby mu byly poskytnuty pomůcky k usnadnění komunikace;
- aby byl informován o svém zdravotním stavu s možností vydání písemné zprávy a nahlédnutím do dokumentace;
- aby mu byly poskytnuty informace o možnostech a eventuálních rizicích léčby;
- aby byly prošetřeny jeho případné stížnosti;
- aby byl informován o dostupných zdravotních a sociálních službách;
- aby se mu dostalo pomoci a vysvětlení, pokud bude potřeba učinit další rozhodnutí (Madridský plán a jiné strategické dokumenty, 2007).

V souvislosti s komunikací se seniory je třeba zmínit se také o využívání moderních komunikačních technologií staršími občany. Naprostá většina seniorů používá mobilní telefon, mnoho jich ovládá počítače a tablety, dovedou pracovat s internetem. Existují kurzy počítačové gramotnosti pro seniory, svůj podíl má také fakt, že do seniorského věku se dostává generace, která počítač používala ke své práci v produktivním věku. Využívání informačních a komunikačních technologií má pro seniory velký význam, zejména pokud mají pohybový nebo smyslový handicap, umožňuje jim kontakt s rodinou a přáteli, komunikaci se správnými úřady a službami, přispívá k informovanosti o dění ve společnosti a vzdělávání. Předchází tak pocitům osamělosti, depresím, sociální izolaci. Tyto technologie umožňují také tísňovou péči, monitoring rizikových pacientů v domácí péči, eventuelně i sledování a nalezení osob s pokročilou demencí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

### **3.2 Komunikace se seniory s demencí**

S přibývajícím věkem se zvyšuje výskyt demencí. Četnost výskytu u osob starších 65 let je přibližně 5%, ve věku nad 85 let je to již 30-50%. Věk tedy představuje základní rizikový faktor pro rozvoj demence (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

*„Demence je soubor příznaků souvisejících s úbytkem kognitivních schopností mozku (paměti, myšlení, orientace, uvažování, učení, řeči) při řadě různých chronických mozkových onemocnění a poškození.“* (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 135). Nejčastějšími příčinami demence ve stáří je Alzheimerova nemoc a ateroskleróza mozkových tepen – vaskulární demence. Poruchy kognitivních funkcí doplňují poruchy emocí, spánku, schopnosti rozhodování, a to v takové míře, že mají vliv na běžné denní aktivity. Člověk postupně ztrácí schopnost sebezpeče, nemůže být bez dohledu a stává se závislým na péči jiné osoby (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Senioři s demencí trpí také různými somatickými chorobami jako ostatní starší lidé a občas je nutné je hospitalizovat ve zdravotnickém zařízení. Pro takového pacienta je hospitalizace závažnou stresující změnou, ocitnou se v cizím prostředí, starají se o ně cizí sestry, které neznají jejich denní režim, rituály a způsob péče. U seniorů s demencí je vyšší riziko deliria, dehydratace, malnutrice, nedostatečně léčené bolesti, pádů, často nejsou uspokojeny jejich duševní potřeby (Weitzel et al., 2011). Pro sestru, která nezná přirozené prostředí pacienta a neví, jak nemocný reaguje na péči, je obtížné s ním komunikovat,

identifikovat jeho potřeby, získat ho pro spolupráci. Nemocný se často brání zdravotní a ošetrovatelské péči, neboť je dezorientovaný, nechápe, co se s ním děje.

Bariéry v komunikaci s pacientem s demencí tvoří zejména poruchy paměti, orientace, neschopnost porozumět řeči a slovně se vyjádřit. Změny nastávají zejména v oblasti krátkodobé paměti, nemocný se opakovaně dotazuje na stejnou věc, zapomíná odpovědi. Poruchy řeči postihují jak složku receptivní, tedy porozumění řeči, tak složku expresivní – vyjadřování. Pacient hledá slova, nedokáže popsat své obtíže, může se cítit nepochopený. Nerozumí našemu sdělení, nezvládá na něj reagovat a působí jako nespolupracující pacient (Venglářová, Mahrová, 2006).

Obtížné může být také rozpoznání bolesti u seniora s demencí. Bylo prokázáno, že pacienti s demencí často dostávají nižší dávky analgetik než ostatní nemocní. Úkolem sestry je zjistit, co způsobuje bolest, jak pacient na bolest reaguje, jaké metody včetně nefarmakologických lze u nemocného využít ke zvládnutí bolesti. Důležité je věnovat pozornost neverbálním projevům prožívání bolesti, jako je výraz tváře, změny dýchání apod. (Weitzel et al., 2011). K hodnocení bolesti můžeme použít český překlad škály PAINAD (Klevertová, 2010) – viz Příloha 5. Podání analgetika při bolesti může snížit výskyt poruch chování u pacientů s demencí a nutnost užívání psychofarmak (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Při rozhovoru se seniorem s demencí je důležité dát nemocnému najevo úctu a respekt, aktivně mu naslouchat, sledovat jeho neverbální projevy. Nevhodné je chovat se k pacientovi s demencí jako k malému dítěti. Snažíme se hledat způsoby, jak se s ním porozumět, na komunikaci si ponecháme dostatek času, myslíme na to, že pacient s demencí má potíže s vybavováním slov a pamětí. Nezahlcujeme ho množstvím informací, sdělení podáváme jednoduše, srozumitelnou formou. Můžeme využít humor k odlehčení situace, avšak pozor na zesměšňování a devalvací pacienta (Martinková, Botíková, 2012). Prostředí ke komunikaci by mělo být klidné, nerušené televizí, rádiem apod. Využijeme situace, kdy se na nás pacient obrací s dotazem a je ochoten s námi hovořit. Důležité je vždy ověřit, že nám pacient opravdu porozuměl. Nekomentujeme nevhodné výrazy a vulgarismy (Venglářová, 2007).

V péči o pacienty s demencí lze uplatnit některé psychologické přístupy. Jedním z nich je **reflektivní podpora**, která spočívá v tom, že se snažíme všemi možnými způsoby zachovat důstojnost nemocného, identifikujeme a uspokojujeme jeho potřeby, komunikaci přizpůsobujeme stavu pacienta, poskytujeme mu podporu, pocit bezpečí, eliminujeme nepříjemné podněty. Zdravotnický personál by měl tvořit s rodinou seniora spolupracující

tým. Jedním z nejstarších přístupů k pacientům s demencí je **orientace realitou**, z něhož se v současné době využívají jen některé prvky. Nesnažíme se za každou cenu uvést nemocného do reality, pouze ji podporujeme pomocí některých předmětů, jako jsou hodiny nebo kalendář, fotografie blízkých apod.

Ve stádiu mírné a středně pokročilé demence může pomoci **kognitivní trénink**, avšak nezastaví postup choroby. Je považován spíše za formu aktivizace, příležitost k vytvoření vztahu založeného na důvěře. Vybíráme přiměřené úkoly a nezapomínáme na pochvalu a pozitivní ocenění snahy pacienta. **Reminiscence** je metoda, která využívá zachované dlouhodobé paměti i při rozvinuté formě demence. Využíváme životopis, staré fotografie, filmy, hudbu. Tento přístup pomáhá zejména k navázání kontaktu, aktivizaci pacienta, měl by pro něj být příjemným zážitkem a podpořit jeho důstojnost (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

**Validace podle Naomi Feil** je komunikační metoda, která spočívá v tom, že pacientovi nevyvracíme jeho pocity a emoce, ale naopak je přijímáme a dáváme mu najevo, že jim rozumíme. Hlavním cílem této metody je navrátit nemocným s demencí důstojnost, podpořit ho a překonat komunikační bariéry. Zdravotníkům pomáhá porozumět změnám chování. Mezi nejužívanější techniky validace patří aktivní naslouchání, dotečky na rameni nebo paži, společné pohyby a zpěv, zrcadlení odpovědi a další. Bylo zjištěno, že pravidelně validovaní senioři s demencí mají méně poruch chování, méně často stavy neklidu, dokonce je možné jim navrátit smysl pro humor. To pak usnadňuje komunikaci a spolupráci s těmito pacienty a umožňuje efektivní poskytování ošetrovatelské péče. Bohužel tato technika zatím není běžně ve zdravotnických institucích využívána, můžeme se s ní setkat jen v některých zařízeních, která se specializují na péči o nemocné s demencí (Pokorná, Sukupová, 2014).

Při komunikaci se seniory se syndromem demence je důležitá trpělivost, je třeba mluvit srozumitelně, v kratších větách, udržovat oční kontakt. Nepoužíváme odbornou terminologii, zdravotnický slang ani ironii či dvojsmyslnost. Významná je neverbální komunikace, sledujeme mimiku pacienta, využíváme haptiku. Komunikaci je potřeba individuálně přizpůsobit kognitivním schopnostem nemocného, každý výkon a proceduru důkladně vysvětlit a pacienta uklidnit. Respektujeme důstojnost seniora s demencí, jeho stud, oslovujeme ho jménem, nehovoříme o něm tak, jako by nás nevnímal (Kalvach a kol., 2008).

Tím, jak stárne populace, přibývá případů demence a je nutné snažit se překonat komunikační bariéry, které výrazně komplikují ošetrovatelskou péči. Důležitá je také spolupráce s rodinou pacienta, sestra by se měla snažit získat od příbuzných co nejvíc informací o tom, na jaký denní režim je nemocný zvyklý, jakým způsobem je možné získat jeho pozornost, jaké má stolovací a hygienické návyky, co u něj vyvolává strach. Jen tak je možné pacientovi s demencí poskytovat kvalitní zdravotní a ošetrovatelskou péči.

### **3.3 Komunikace s nedoslýchavými seniory**

„Říká se, že zrak je brána k věcem a sluch k lidem.“ (Venglářová, 2007, s. 76).

Poruchy sluchu představují významnou bariéru v komunikaci a mohou vést k mnoha nedorozuměním, nedostatku potřebných informací a podnětů až k sociální izolaci nemocného. Osoby s postižením sluchu lze rozdělit na prelingválně neslyšící a postlingválně sluchově postižené podle toho, zda ztratili sluch před rozvinutím mluvené řeči nebo až po něm. Liší se ve způsobu komunikace – prelingválně neslyšící komunikují především prostřednictvím znakové řeči, postlingválně neslyšící nebo nedoslýchaví komunikují pomocí odezírání a mluvené nebo psané řeči (Linhartová, 2007).

I prelingválně neslyšící dospějí do seniorského věku, avšak nejčastěji se ve zdravotnických zařízeních setkáváme se seniory, u nichž dochází k poruchám sluchu v důsledku změn spojených se stárnutím organismu. Zpravidla se jedná o presbyakusi, která se vyznačuje zpočátku hlavně poruchou vnímání vysokých tónů, proto nemá smysl na pacienta zvyšovat hlas. Příčinou nedoslýchavosti může být také postižení sluchu způsobené dřívějším pracovním prostředím nebo onemocněním.

Při příjmu seniora do zdravotnického zařízení je vždy třeba si ověřit, zda pacient dobře slyší. Pokud nemocný nedoslýchá a nepoužívá naslouchadlo, měl by absolvovat vyšetření zevních zvukovodů. Je možné, že příčinou zhoršeného sluchu je cerumen, což je vada snadno odstranitelná (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Jestliže má senior naslouchadlo, je potřeba zkontrolovat, zda je funkční. Někdy si ho pacienti vypínají nebo ho mají prostě sundané a uložené v nočním stolku. Pokaždé, když zjistíme, že senior nedoslýchá, měli bychom pátrat po tom, zda má naslouchadlo a zda s ním slyší. Stává se i to, že si nemocní naslouchadlo nechají doma. Příčinou bývá stud, snažíme se tedy zachovávat důstojnost pacienta, vysvětlit přínos kompenzační pomůcky, pomoci mu vyrovnat se s tímto zhoršením smyslové funkce (Venglářová, Mahrová, 2006).

Při komunikaci s nedoslýchavými pacienty je důležitý oční kontakt, často je možné se s nimi domluvit pomocí odezírání. K tomu je nutné, abychom nestáli před oknem či lampou, jinak nám nebude dobře vidět na ústa. Nepoužíváme složité výrazy, hovoříme přirozeným tempem řeči. Nikdy se neotáčíme k nemocnému zády, nezakrýváme si ústa rukou ani rouškou. Odezírání je vyčerpávající duševní činnost, proto pacienta nezahlcujeme přemírou informací (Kučera, 2013).

Podle typu sluchového postižení rozlišujeme vhodnou proxemickou zónu - neslyšící potřebují větší vzdálenost, aby mohli dobře odezírat, nedoslýchavý pacient udržuje menší odstup, aby využil zbytky sluchu. Tuto vzdálenost si nemocný stanoví sám a na nás je, abychom ji respektovali (Pokorná, Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, 2010).

Velký význam v komunikaci s pacienty s poruchou sluchu má zpětná vazba. Vždy je nutné si ověřit, že nám pacient dobře rozuměl, nespokojíme se s pokýváním hlavou. Často se stává, že senior špatně slyší, nerozumí, co mu říkáme, ale stydí se to říct nebo nás nechce zdržovat, případně nemá chuť s námi komunikovat, takže jen kýve hlavou. Dochází i k tomu, že pacient sestru žádá, aby mu přetlumočila informace od lékaře, protože se ostýchal říct, že neslyší. Podstatné je, aby nemocný z nás necítil nervozitu a spěch, je vhodné ho ujistit, že na něj máme čas a že s ním vše v klidu probereme. Ověřujeme si zásadně dotazem, *co* nemocný rozuměl, nikoli *zda* rozuměl. Důležité informace raději nemocnému napíšeme, ale předem se zeptáme, zda dobře vidí nebo je schopen číst s brýlemi.

V přítomnosti nedoslýchavého seniora hovoříme tak, aby se mohl zapojit do konverzace. Je velmi nevhodné využívat toho, že nás pacient neslyší, a bavit se o něm s další osobou (Linhartová, 2007). Při komunikaci se seniorem s poruchou sluchu zajistíme klidné prostředí, starší lidé mívají potíže s rozlišením řeči při přítomnosti rušivých prvků, jako je televize, rádio, hovor jiných osob. Velký význam má zrakový kontakt, důležitá je trpělivost, využití všech možností k dorozumění, včetně prvků neverbální komunikace. Člověk, který má narušený sluch, vnímá mnohem citlivěji neverbální signály, soustředí se na výraz naší tváře, na naše gesta. K nedoslýchavým přistupujeme s respektem, oslovujeme vždy přímo pacienta, nikoli jeho doprovod (Kelnarová, Matějková, 2014).

Lidé, kteří špatně slyší, nebo zcela neslyšící vnímají mnohem intenzivněji atmosféru okolí, nervozitu, spěch, což může vést k úzkosti. Nezapomínáme tedy na úsměv, zachováváme klid a seniorovi věnujeme plnou pozornost (Kučera, 2013).

### 3.4 Komunikace se seniory s poruchou zraku

Stejně jako tomu je u poruch sluchu, i zrakové poruchy jsou u seniorů zpravidla způsobené stárnutím smyslového orgánu, i když se můžeme samozřejmě setkat i se seniory nevidomými od narození. Stárnutí zraku se začíná projevovat již kolem 40. roku života, kdy hovoříme o tzv. presbyopii, která se jeví jako posunutí blízkého bodu dál od oka. Poruchy zraku mohou být způsobeny také dřívějším úrazem nebo často jako komplikace onemocnění diabetes mellitus. Zrakové vnímání může být narušeno i v důsledku cévní mozkové příhody, kdy dochází k výpadkům zorného pole.

Postiženy jsou různé oblasti zrakového vnímání. Jednak je to zraková ostrost, jejíž narušení znemožňuje např. orientaci podle psaných cedulí, pacient si nepřečte pokyny apod. Pak může být také narušena schopnost vnímat za různého osvětlení (šeroslepost nebo naopak světloplachost). Orientaci v prostoru komplikuje porucha zorného pole, k níž dochází nejčastěji v důsledku degenerativního onemocnění oka. U seniorů se setkáváme i s narušením barvocitu, které ho zpravidla ale nijak výrazně neomezuje (Venglářová, Mahrová, 2006).

Zrakové postižení představuje významnou komunikační bariéru, pacient trpí nedostatkem podnětů, má potíže s orientací v neznámém prostředí. Problém v komunikaci je dán především nemožností vnímat neverbální projevy druhé osoby. O to více nevidomí nebo slabozrací vnímají hlas, mnohem citlivěji rozlišují intonaci a další paralingvistické prvky (Pokorná, Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství, 2010).

Člověk, který vidí, si vytváří první dojem především formou vizuálního kontaktu. Pro pacienta s poruchou zraku je pro první dojem nejdůležitější hlas. Hlas o nás prozradí mnoho, může vzbuzovat sympatie, pomoci k vytvoření důvěrného vztahu mezi zdravotníkem a nemocným. Ale může také pacienta odradit od komunikace, pokud z hlasu vycítí opovržení, nezájem, lhostejnost (Linhartová, 2007).

Neprofesionálně a devalvačně působí také to, jestliže nehovoříme přímo s nemocným, ale jen s jeho doprovodem, rodinou. Senior si pak bude připadat méněcenný, takové jednání v něm vzbuzuje úzkost a může být příčinou toho, že s námi nebude spolupracovat. Důležité je uvědomit si, že při hospitalizaci v nemocnici se pacient ocitá v prostředí, které nezná, což samo o sobě je pro staré lidi často problematické. Pokud navíc trpí zrakovou poruchou, bývá zcela „ztracený“ a potřebuje vše kolem sebe popsat, ohmatat si předměty v okolí, patrně bude i potřebovat všude doprovodit.



Součástí ošetrovatelské anamnézy při příjmu pacienta je i zjištění zrakových vad. U seniorů jsou tyto smyslové poruchy časté, ale bylo by chybou je automaticky předpokládat. Setkáváme se i se seniory, kteří v 90 letech zvládnou čtení bez brýlí. Jestliže pacient potřebuje brýle, je nutné zjistit, zda je má s sebou v nemocnici a zda s nimi opravdu vidí. Staří lidé často mají již nevyhovující brýle, ať už z toho důvodu, že nemají možnost si zajít k očnímu lékaři z důvodu pohybového omezení, nebo rezignují a oželí čtení novin, knih, ruční práce. To, že senior nevidí dobře, ale může znamenat i riziko záměny léků, špatné dávkování inzulínu apod.

Dalším faktem, na který bychom u zrakově postižených pacientů neměli zapomínat, je nedostatek podnětů. Ne každý senior je družný, nemoc, bolest a diskomfort také může omezit komunikaci s ostatními pacienty na pokoji. Proto je důležité, aby měl nemocný alespoň rádio, také s ním více hovoříme a podporujeme rodinu k častým návštěvám. Dobré je, pokud nemocnice umožňuje využití dobrovolníků, kteří mohou pacientům číst, povídat si s nimi.

Pro komunikaci se seniory s poruchou zraku platí stejné zásady jako pro komunikaci se zrakově postiženými v jakémkoli věku, snad jen s ještě citlivějším přístupem, úctou a zachováním důstojnosti. Mezi tato pravidla patří:

- Při příchodu do místnosti pozdravíme, oslovíme nemocného jménem a představíme se. Podání ruky doprovázíme oznámením, že ruku podáváme.
- I u zcela nevidomých pacientů udržujeme oční kontakt, neodvracíme tvář, protože nevidomí to vycítí.
- Při jakémkoli vyšetření, ošetření, hygienické péči apod. nemocnému podrobně popisujeme, co budeme dělat. Zejména informace o tom, že přijde něco nepříjemného nebo bolestivého je pro zrakově postižené naprosto nezbytná.
- Nepřesunujeme předměty v okolí pacienta bez jeho vědomí. Podání stravy doplníme informacemi o tom, co je na talíři, kde se nalézá příbor apod. Podporujeme nemocného v samostatnosti. Podávání jídla nakrájeného na kousky, předem namanázaného pečiva nebo krmení je vždy vnímáno jako ponižující. Pomoc vždy nabízíme, ale nevnučujeme.
- Při hovoru se zrakově postiženými běžně užíváme slova jako „vidět, kouknout se, prohlédnout si...“, nevidomí je používají také a vyjadřují jimi způsob vnímání - cítit, hmatat apod.

- Odcházíme-li z místnosti, upozorníme na to nemocného, znovu nezapomeneme na oslovení, aby věděl, že je tato informace určena jemu (Kalvach a kol., 2008).

Poruchy smyslových funkcí a demence se také mohou u seniorů různě kombinovat. Komunikace s těmito pacienty je pak ještě komplikovanější. Úkolem zdravotníků je, aby se snažili překonat tyto komunikační bariéry a mohli pacientům poskytnout kvalifikovanou péči zaměřenou na bio-psycho-sociální potřeby nemocných. Důraz se klade především na respekt, úctu a zachování důstojnosti.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 4 Cíle práce a hypotézy

**Hlavní cíl práce:** zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu ošetrovatelského personálu

**Dílčí cíl č. 1:** zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci se seniory s demencí

$H^0$  Předpokládáme, že více jak 30% ošetřujícího personálu umí překonat bariéry v komunikaci se seniory s demencí.

$H^A$  Předpokládáme, že méně jak 70% ošetřujícího personálu neumí překonat bariéry v komunikaci se seniory s demencí.

**Dílčí cíl č. 2:** zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci s nedoslýchavými seniory

$H^0$  Předpokládáme, že více jak 30% ošetřujícího personálu umí překonat bariéry v komunikaci se seniory s nedoslýchavými seniory.

$H^A$  Předpokládáme, že méně jak 70% ošetřujícího personálu neumí překonat bariéry v komunikaci se seniory s nedoslýchavými seniory.

**Dílčí cíl č. 3:** zjistit, zda ošetrovatelský personál zvládá komunikaci se seniory s poruchou zraku

$H$  Předpokládáme, že ošetřující personál lépe zvládá komunikaci se seniory s poruchou zraku než se seniory s demencí a s nedoslýchavými.

**Dílčí cíl č. 4:** zjistit, zda mají nelékařští zdravotníci pečující o seniory dostatečné znalosti o komunikaci a zda mají zájem o další vzdělání v této oblasti

$H^0$  Předpokládáme, že více jak 60% nelékařských zdravotníků má zájem o prohloubení znalostí o komunikaci.

$H^A$  Předpokládáme, že méně jak 40% nelékařských zdravotníků nemá zájem o prohloubení znalostí o komunikaci.

**Dílčí cíl č. 5:** zjistit, zda mají nelékařští zdravotníci dostatek času na komunikaci s hospitalizovanými seniory

$H^0$  Předpokládáme, že více jak 60% nelékařských zdravotníků nemá dostatek času na komunikaci s pacienty.

$H^A$  Předpokládáme, že méně jak 40% nelékařských zdravotníků má dostatek času na komunikaci s pacienty.

## 5 Výzkumné šetření

### 5.1 Metodika výzkumu

Pro empirickou část bakalářské práce jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu, který byl proveden technikou dotazníkového šetření. K tomuto účelu jsem ve spolupráci s vedoucí práce vytvořila vlastní originální dotazník. Při tvorbě dotazníku jsem vycházela z prostudované literatury, zkušeností z praxe a stanovených cílů výzkumu.

Dotazník je anonymní a má celkem 23 otázek, které jsou členěny do několika částí. První část tvoří otázky zaměřené na pracovní zařazení, délku praxe, vzdělání respondentů. Ve druhé části dotazníku jsou otázky týkající se informovanosti o komunikaci a zájmu o další vzdělání v této oblasti. Následují otázky zaměřené na zjištění bariér v komunikaci s hospitalizovanými seniory a způsoby jejich překonávání. Respondenti měli zvolit vždy jednu odpověď, která nejlépe vystihuje jejich názor. Některé otázky jsou uzavřené, většina otázek je polouzavřených s možností uvedení jiné, vlastní odpovědi. Tuto možnost však respondenti využili jen minimálně. Plné znění dotazníku uvádím v příloze bakalářské práce (Příloha 1).

Data získaná dotazníkovým šetřením byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel. Výsledky jsem znázornila přehledně v tabulkách s uvedením absolutní a relativní četnosti, k jednotlivým tabulkám jsem pro lepší názornost přiřadila výšečové a sloupcové grafy. Tabulky a grafy jsem doplnila komentářem.

### 5.2 Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor tvoří nelékařští zdravotničtí pracovníci: všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky, kteří se při své práci často setkávají s hospitalizovanými seniory.

Byly vyhodnoceny vyplněné dotazníky od 64 respondentů - z nichž bylo 35 všeobecných sester, 12 zdravotnických asistentů a 17 ošetřovatelů či ošetřovatelek a sanitářů či sanitářek. Nejčastěji uváděné dosažené vzdělání bylo střední s maturitou (39 respondentů), 11 dotazovaných má vyšší odborné vzdělání, 10 jich je vyučeno a 4 respondenti uvedli, že mají vysokoškolské vzdělání. Větší část zkoumaného souboru tvoří nelékařští zdravotničtí pracovníci s kratší dobou praxe ve zdravotnictví, 26 jich pracuje ve zdravotnictví po dobu kratší než 5 let, 15 respondentů má praxi 6-10 let.

Délku praxe ve zdravotnictví mezi 11-20 lety uvedlo 14 respondentů, mezi 21-30 lety 4 dotazovaní a déle než 30 let pracuje ve zdravotnictví 6 respondentů.

Dotazníkové šetření probíhalo v zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče Rehamedica Žacléř, a.s., kde jsou hospitalizováni převážně pacienti v seniorském věku, a v Oblastní nemocnici Trutnov, a.s., kde jsem oslovila zdravotníky z interního, chirurgického a rehabilitačního oddělení. Na těchto odděleních také často tvoří senioři významnou část pacientů.

Pro provedení výzkumného šetření jsem nejprve získala souhlas hlavních sester v obou zdravotnických zařízeních a také souhlas vrchních sester všech zúčastněných oddělení (viz Příloha 2).

### **5.3 Design výzkumu**

V květnu 2015 jsem začala s přípravou dotazníku, po několika úpravách ve spolupráci s vedoucí mé práce vznikla koncem června 2015 konečná verze dotazníku. Zároveň došlo k poupravení dílčích cílů práce, respektive jeden byl upraven a doplněny další dva dílčí cíle. Vyžádala jsem si předběžné svolení hlavních sester obou zdravotnických zařízení, kde jsem chtěla realizovat výzkumné šetření, a začátkem července 2015 jsem provedla předvýzkum s pěti respondenty. Z nich dva respondenti vyplňovali dotazník v mé přítomnosti a třem respondentům jsem dala dotazník na vyplnění domů. Pro předvýzkum jsem si vybrala zástupce ze všech skupin zkoumaného souboru, tedy všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, ošetrovatelky a sanitáře, abych se ujistila, že otázky jsou srozumitelné i pro respondenty s nižším nebo méně odborným zdravotnickým vzděláním. Všichni dotazovaní mi vraceli vyplněné dotazníky osobně a zpětnou vazbou jsem si u každého ověřila, zda rozuměl otázkám.

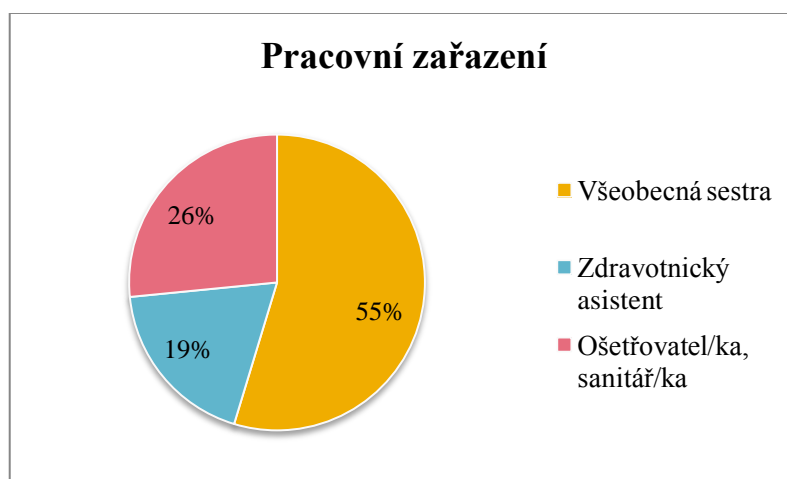
Protože dotazník nebylo potřeba upravovat, seznámila jsem obě hlavní sestry zúčastněných zdravotnických zařízení se zněním dotazníku, získala jejich oficiální souhlas a zahájila jsem výzkumné šetření, které pak probíhalo v období od 7. 7. do 31. 8. 2015. Celkem jsem rozdala 68 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 65 vyplněných dotazníků, návratnost tedy byla 96%. Jeden dotazník však bylo nutné pro neúplnost vyřadit, nakonec bylo v rámci výzkumu vyhodnoceno celkem 64 dotazníků, což je bráno za 100%.

## 6 Interpretace výsledků výzkumného šetření

### Otázka č. 1: Jaké je Vaše pracovní zařazení?

Tabulka č. 1 – Pracovní zařazení

| Pracovní zařazení          | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Všeobecná sestra           | 35                | 55%               |
| Zdravotnický asistent      | 12                | 19%               |
| Ošetřovatel/ka, sanitář/ka | 17                | 26%               |
| Celkem                     | 64                | 100%              |



Graf č. 1 – Pracovní zařazení

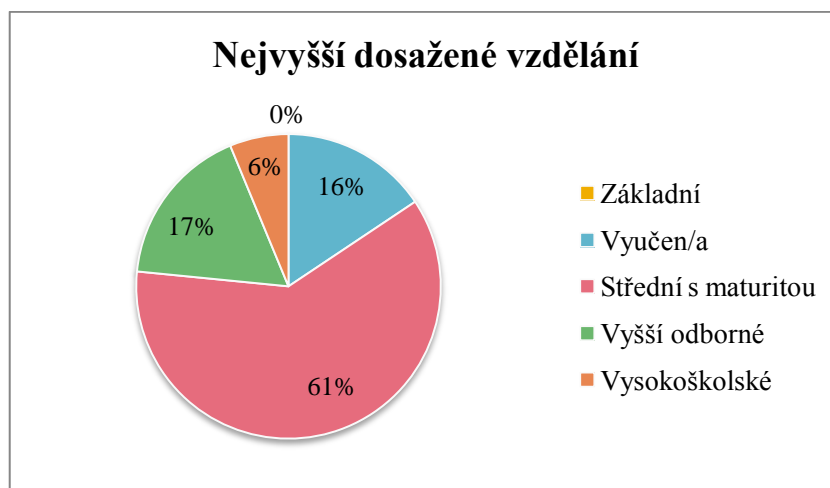
### Komentář

Z celkového počtu 64 nelékařských zdravotnických pracovníků ve zkoumaném souboru bylo 35 všeobecných sester (55%), 12 zdravotnických asistentů (19%) a 17 ošetřovatelů či ošetřovatelek a sanitářů či sanitářek (26%).

## Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

| Nejvyšší dosažené vzdělání | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Základní                   | 0                 | 0%                |
| Vyučen/a                   | 10                | 16%               |
| Střední s maturitou        | 39                | 61%               |
| Vyšší odborné              | 11                | 17%               |
| Vysokoškolské              | 4                 | 6%                |
| Celkem                     | 64                | 100%              |



Graf č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

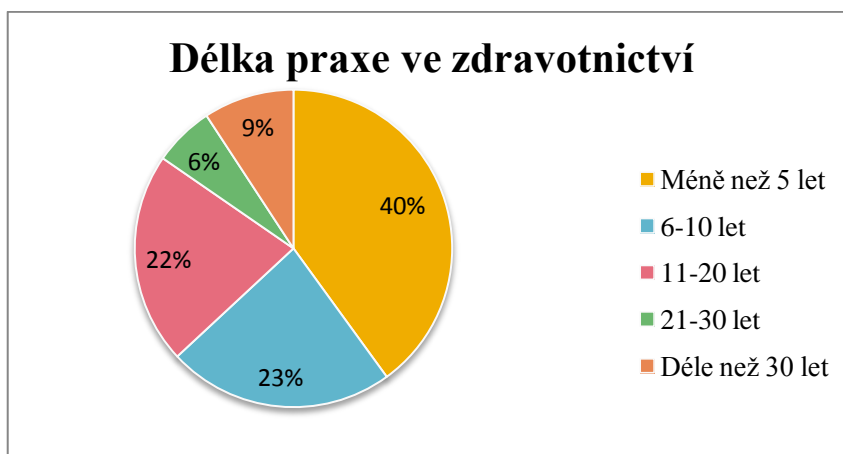
### Komentář

Největší počet respondentů (39, což je 61%) má střední vzdělání s maturitou, 11 dotazovaných dosáhlo vyššího odborného vzdělání (17%), 10 respondentů je vyučeno (16%) a 4 zdravotníci uvedli, že mají vysokoškolské vzdělání (6%). Pouze základní vzdělání nemá žádný z dotazovaných.

### Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 3 – Délka praxe ve zdravotnictví

| Délka praxe ve zdravotnictví | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Méně než 5 let               | 26                | 40%               |
| 6-10 let                     | 15                | 23%               |
| 11-20 let                    | 14                | 22%               |
| 21-30 let                    | 4                 | 6%                |
| Déle než 30 let              | 6                 | 9%                |
| Celkem                       | 64                | 100%              |



Graf č. 3 – Délka praxe ve zdravotnictví

#### Komentář

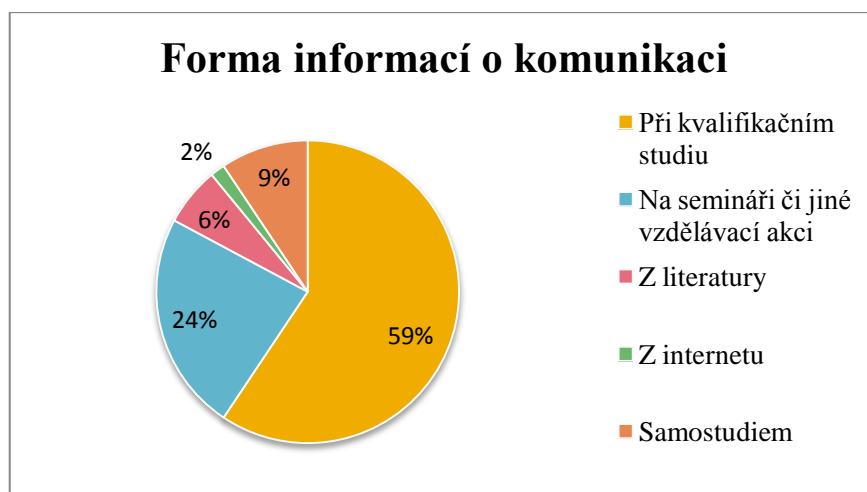
26 respondentů uvedlo délku praxe ve zdravotnictví kratší než 5 let (40%), 15 dotazovaných má praxi mezi 6-10 lety (23%), 11-20 let praxe uvedlo 14 respondentů (22%). Délku praxe mezi 21-30 lety mají 4 respondenti (6%) a déle než 30 let pracuje ve zdravotnictví 6 dotazovaných (9%).



#### Otázka č. 4: Jakou formou jste získal/a informace o komunikaci?

Tabulka č. 4 – Forma informací o komunikaci

| Forma informací o komunikaci        | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Při kvalifikačním studiu            | 38                | 59%               |
| Na semináři či jiné vzdělávací akci | 15                | 24%               |
| Z literatury                        | 4                 | 6%                |
| Z internetu                         | 1                 | 2%                |
| Samostudiem                         | 6                 | 9%                |
| Celkem                              | 64                | 100%              |



Graf č. 4 – Forma informací o komunikaci

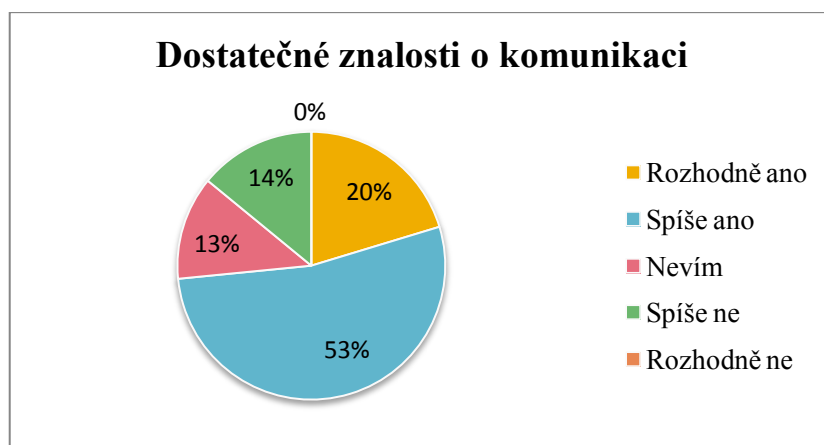
#### Komentář

Celkem 38 respondentů (59%) získalo znalosti o komunikaci během kvalifikačního studia, dalších 15 (24%) na seminářích nebo jiných vzdělávacích akcích, 6 dotazovaných (9%) uvedlo, že informace o komunikaci získalo formou samostudia. Z literatury se vzdělali 4 respondenti (6%) a pouze 1 (2%) uvedl jako zdroj informací o komunikaci internet.

### Otázka č. 5: Považujete Vaše znalosti o komunikaci za dostatečné?

Tabulka č. 5 – Dostatečné znalosti o komunikaci

| Dostatečné znalosti o komunikaci | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Rozhodně ano                     | 13                | 20%               |
| Spíše ano                        | 34                | 53%               |
| Nevím                            | 8                 | 13%               |
| Spíše ne                         | 9                 | 14%               |
| Rozhodně ne                      | 0                 | 0%                |
| Celkem                           | 64                | 100%              |



Graf č. 5 – Dostatečné znalosti o komunikaci

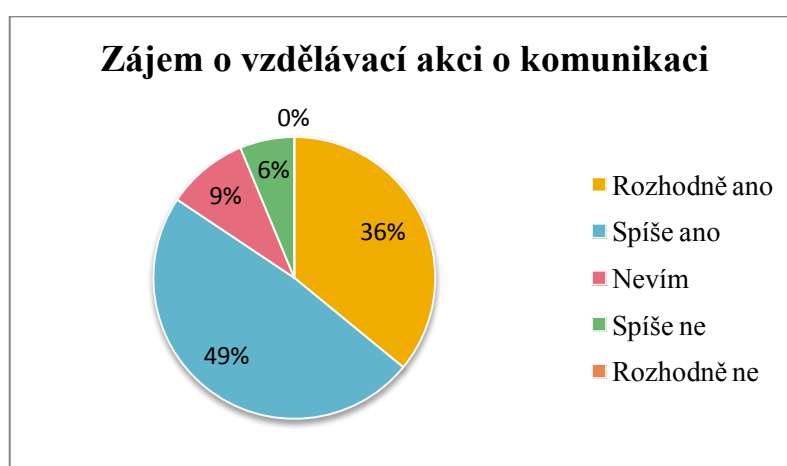
### Komentář

Na dotaz, zda považují své znalosti o komunikaci za dostatečné, odpověděla většina respondentů kladně. 13 dotazovaných (20%) uvedlo, že rozhodně ano, a 34 (53%), že spíše ano. 8 respondentů (13%) odpovědělo, že neví. Za spíše nedostatečné své znalosti o komunikaci pokládá 9 dotazovaných (14%), možnost „rozhodně ne“ nezvolil žádný respondent.

**Otázka č. 6: Uvítal/a byste absolvování nějaké vzdělávací akce zaměřené na komunikaci se seniory?**

Tabulka č. 6 – Zájem o vzdělávací akci o komunikaci

| <b>Zájem o vzdělávací akci o komunikaci</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Rozhodně ano                                | 23                       | 36%                      |
| Spíše ano                                   | 31                       | 49%                      |
| Nevím                                       | 6                        | 9%                       |
| Spíše ne                                    | 4                        | 6%                       |
| Rozhodně ne                                 | 0                        | 0%                       |
| <b>Celkem</b>                               | <b>64</b>                | <b>100%</b>              |



Graf č. 6 – Zájem o vzdělávací akci o komunikaci

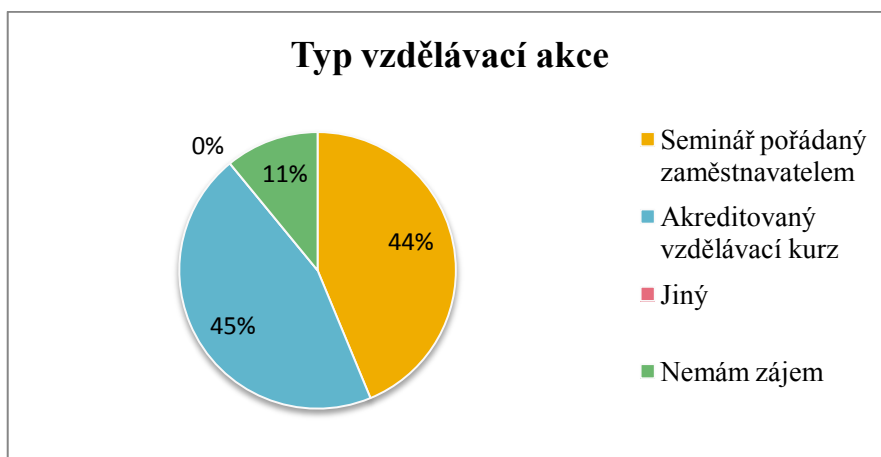
**Komentář**

Přestože většina dotazovaných považuje své znalosti o komunikaci za dostatečné, 23 (36%) by jich rozhodně uvítalo další vzdělání v oblasti komunikace a 31 respondentů (49%) odpovědělo, že spíše mají zájem o takovou vzdělávací akci. Odpověď „nevím“ zvolilo 6 dotazovaných (9%). 4 respondenti (6%) zájem spíše nemají, ale žádný z dotazovaných tuto možnost zcela neodmítl.

### Otázka č. 7: O jaký typ vzdělávací akce byste měl/a zájem?

Tabulka č. 7 – Typ vzdělávací akce

| Typ vzdělávací akce              | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Seminář pořádaný zaměstnavatelem | 28                | 44%               |
| Akreditovaný vzdělávací kurz     | 29                | 45%               |
| Jiný                             | 0                 | 0%                |
| Nemám zájem                      | 7                 | 11%               |
| Celkem                           | 64                | 100%              |



Graf č. 7 – Typ vzdělávací akce

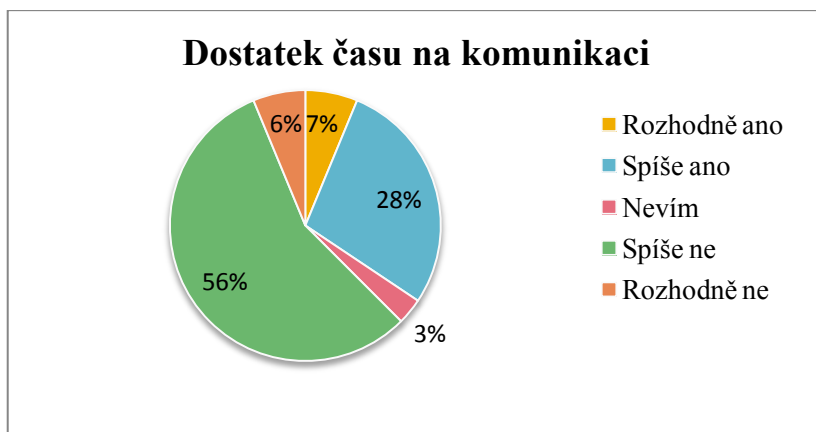
### Komentář

28 respondentů (44%) by pro další vzdělání v oblasti komunikace upřednostnilo seminář pořádaný zaměstnavatelem, 29 dotazovaných (45%) by dalo přednost akreditovanému vzdělávacímu kurzu. 7 respondentů (11%) u této otázky uvedlo, že o vzdělávací akci zájem nemá.

### Otázka č. 8: Máte na komunikaci s pacienty dostatek času?

Tabulka č. 8a - Dostatek času na komunikaci

| Dostatek času na komunikaci | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Rozhodně ano                | 4                 | 7%                |
| Spíše ano                   | 18                | 28%               |
| Nevím                       | 2                 | 3%                |
| Spíše ne                    | 36                | 56%               |
| Rozhodně ne                 | 4                 | 6%                |
| Celkem                      | 64                | 100%              |



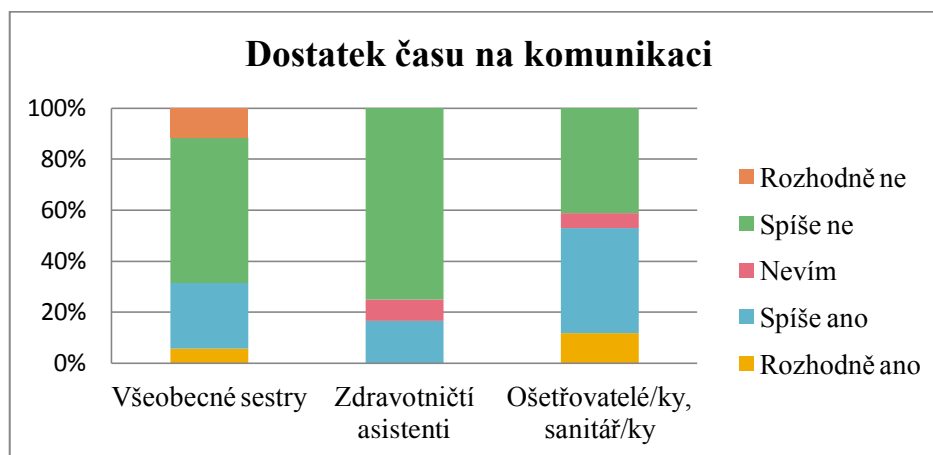
Graf č. 8a – Dostatek času na komunikaci

#### Komentář

Dostatek času na komunikaci s pacienty rozhodně mají 4 respondenti (7%), odpověď spíše ano zvolilo 18 dotazovaných (28%), 2 (3%) uvedli, že neví. 36 respondentů (56%) spíše nemá dostatek času na komunikaci a 4 (6%) ho rozhodně nemají.

Tabulka č. 8b – Dostatek času na komunikaci – srovnání dle profese

| <b>Dostatek času na komunikaci</b> | <b>Všeobecné sestry</b> |             | <b>Zdravotničtí asistenti</b> |             | <b>Ošetřovatelé/ky, sanitář/ky</b> |             |
|------------------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|------------------------------------|-------------|
| Rozhodně ano                       | 2                       | 6%          | 0                             | 0%          | 2                                  | 12%         |
| Spíše ano                          | 9                       | 26%         | 2                             | 17%         | 7                                  | 41%         |
| Nevím                              | 0                       | 0%          | 1                             | 8%          | 1                                  | 6%          |
| Spíše ne                           | 20                      | 57%         | 9                             | 75%         | 7                                  | 41%         |
| Rozhodně ne                        | 4                       | 11%         | 0                             | 0%          | 0                                  | 0%          |
| <b>Celkem</b>                      | <b>35</b>               | <b>100%</b> | <b>12</b>                     | <b>100%</b> | <b>17</b>                          | <b>100%</b> |



Graf č. 8b – Dostatek času na komunikaci – srovnání dle profese

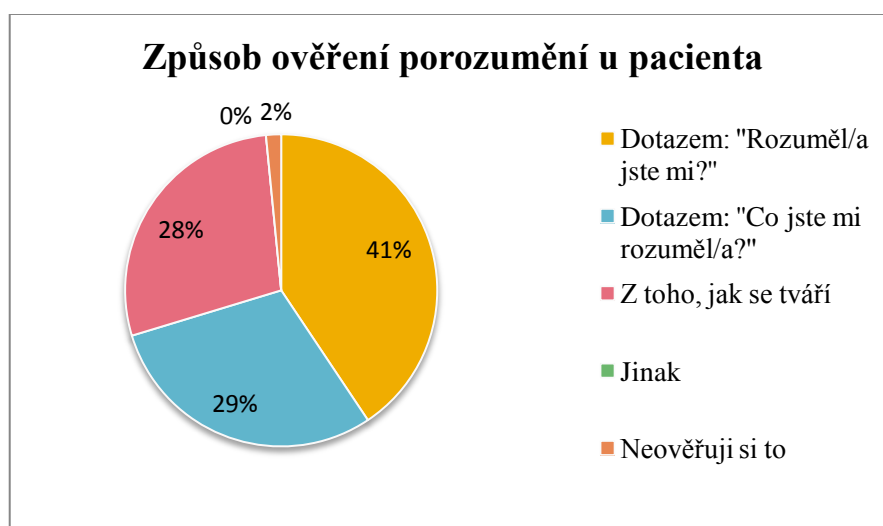
### Komentář

Mezi odpověďmi jednotlivých zúčastněných profesí se projevily rozdíly, které jsem očekávala. Všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti převážně dostatek času na komunikaci s pacienty nemají, zatímco ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky uváděli častěji, že mají dostatek času na komunikaci. Patrně to souvisí s náplní práce. Sestry a asistenti jsou poměrně dost zatíženi administrativou a nemají tedy tolik času s pacienty hovořit.

### Otázka č. 9: Jakým způsobem si ověřujete, že pacient rozumí tomu, co říkáte?

Tabulka č. 9a – Způsob ověření porozumění u pacienta

| Způsob ověření porozumění u pacienta | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Dotazem: "Rozuměl/a jste mi?"        | 26                | 41%               |
| Dotazem: "Co jste mi rozuměl/a?"     | 19                | 29%               |
| Z toho, jak se tváří                 | 18                | 28%               |
| Jinak                                | 0                 | 0%                |
| Neověřuji si to                      | 1                 | 2%                |
| Celkem                               | 64                | 100%              |



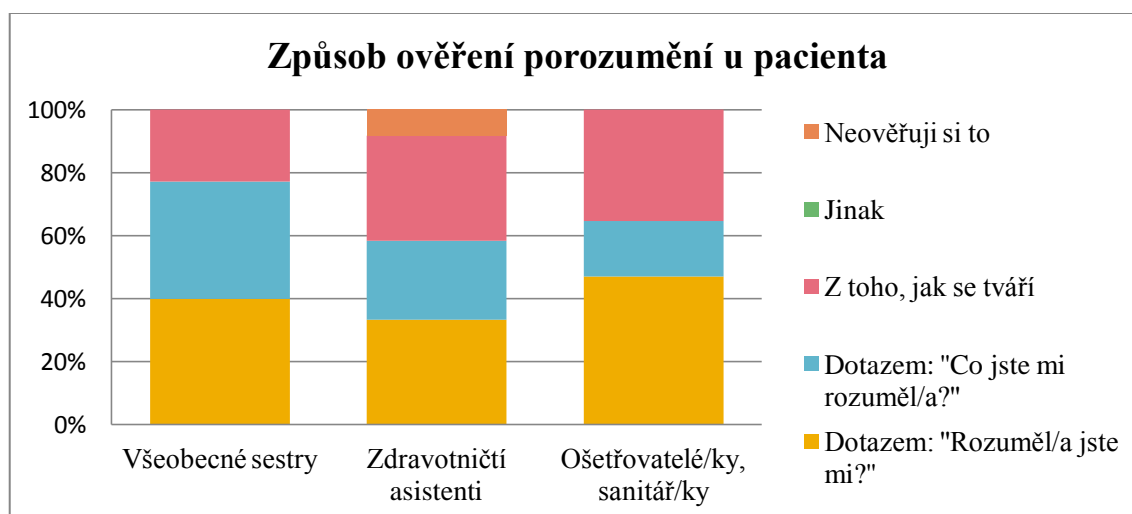
Graf č. 9a – Způsob ověření porozumění u pacienta

#### Komentář

26 dotazovaných (41%) si porozumění u pacienta ověřuje dotazem, zda pacient rozuměl, 19 respondentů (29%) se ptá pacienta, co rozuměl. 18 zdravotníků (28%) usuzuje, že pacient rozuměl podaným informacím, z toho, jak se tváří. Pouze 1 respondent (2%) uvedl, že si porozumění u pacienta neověřuje.

Tabulka č. 9b – Způsob ověření porozumění u pacienta – srovnání dle profese

| Způsob ověření porozumění u pacienta | Všeobecné sestry |      | Zdravotníční asistenti |      | Ošetřovatelé/ky, sanitář/ky |      |
|--------------------------------------|------------------|------|------------------------|------|-----------------------------|------|
|                                      |                  |      |                        |      |                             |      |
| Dotazem: "Rozuměl/a jste mi?"        | 14               | 40%  | 4                      | 33%  | 8                           | 47%  |
| Dotazem: "Co jste mi rozuměl/a?"     | 13               | 37%  | 3                      | 25%  | 3                           | 18%  |
| Z toho, jak se tváří                 | 8                | 23%  | 4                      | 33%  | 6                           | 35%  |
| Jinak                                | 0                | 0%   | 0                      | 0%   | 0                           | 0%   |
| Neověřuji si to                      | 0                | 0%   | 1                      | 9%   | 0                           | 0%   |
| Celkem                               | 35               | 100% | 12                     | 100% | 17                          | 100% |



Graf č. 9b – Způsob ověření porozumění u pacienta – srovnání dle profese

### Komentář

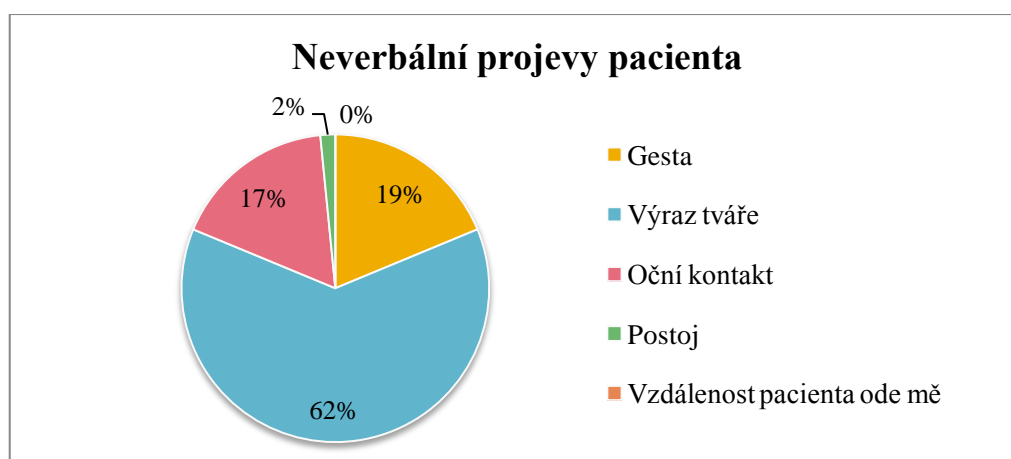
Zdravotníční asistenti a ošetřovatelé/ky či sanitáři/ky odpovídali na tuto otázku podobně, všeobecné sestry volily méně často možnost, že si porozumění u pacienta ověřují z toho, jak se pacient tváří. Sestry používají spíše dotazy, zda rozuměl nebo co rozuměl.



**Otázka č. 10: Jakých neverbálních projevů si při rozhovoru s pacientem nejvíc všímáte?**

Tabulka č. 10a – Neverbální projevy pacienta

| Neverbální projevy pacienta | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Gesta                       | 12                | 19%               |
| Výraz tváře                 | 40                | 62%               |
| Oční kontakt                | 11                | 17%               |
| Postoj                      | 1                 | 2%                |
| Vzdálenost pacienta ode mě  | 0                 | 0%                |
| Celkem                      | 64                | 100%              |



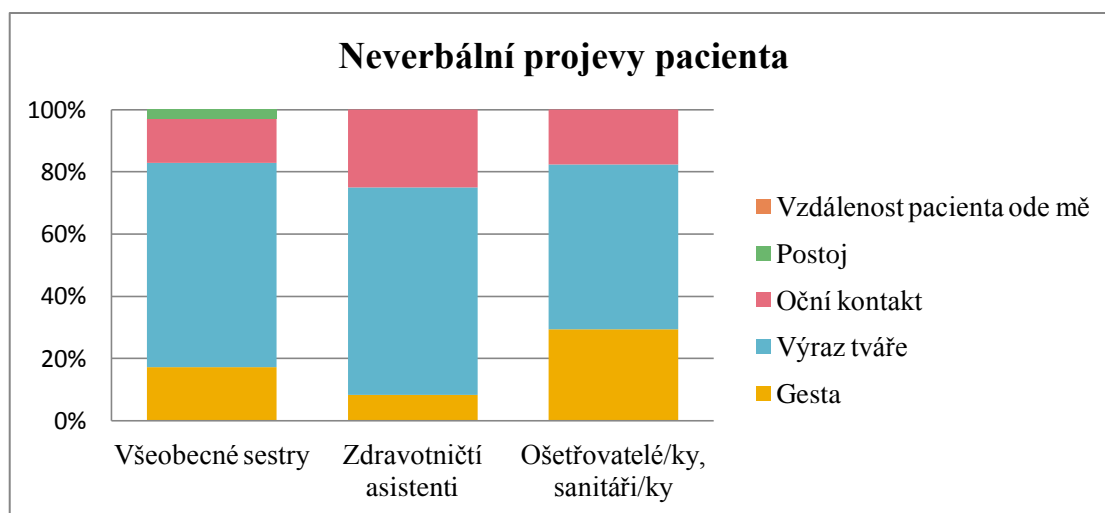
Graf č. 10a – Neverbální projevy pacienta

**Komentář**

Největší počet respondentů – 40 (62%) si z neverbálních projevů všímá především výrazu tváře. 12 dotazovaných (19%) uvedlo, že nejvíc sleduje gesta pacienta, 11 (17%) vnímá jako nejčastější projev neverbální komunikace oční kontakt. Pouze 1 respondent (2%) uvedl, že si nejvíc všímá postoje pacienta.

Tabulka č. 10b – Neverbální projevy pacienta – srovnání dle profese

| Neverbální projevy pacienta | Všeobecné sestry |      | Zdravotníční asistenti |      | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |      |
|-----------------------------|------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|
| Gesta                       | 6                | 17%  | 1                      | 8%   | 5                            | 29%  |
| Výraz tváře                 | 23               | 66%  | 8                      | 67%  | 9                            | 53%  |
| Oční kontakt                | 5                | 14%  | 3                      | 25%  | 3                            | 18%  |
| Postoj                      | 1                | 3%   | 0                      | 0%   | 0                            | 0%   |
| Vzdálenost pacienta ode mě  | 0                | 0%   | 0                      | 0%   | 0                            | 0%   |
| Celkem                      | 35               | 100% | 12                     | 100% | 17                           | 100% |



Graf č. 10b – Neverbální projevy pacienta – srovnání dle profese

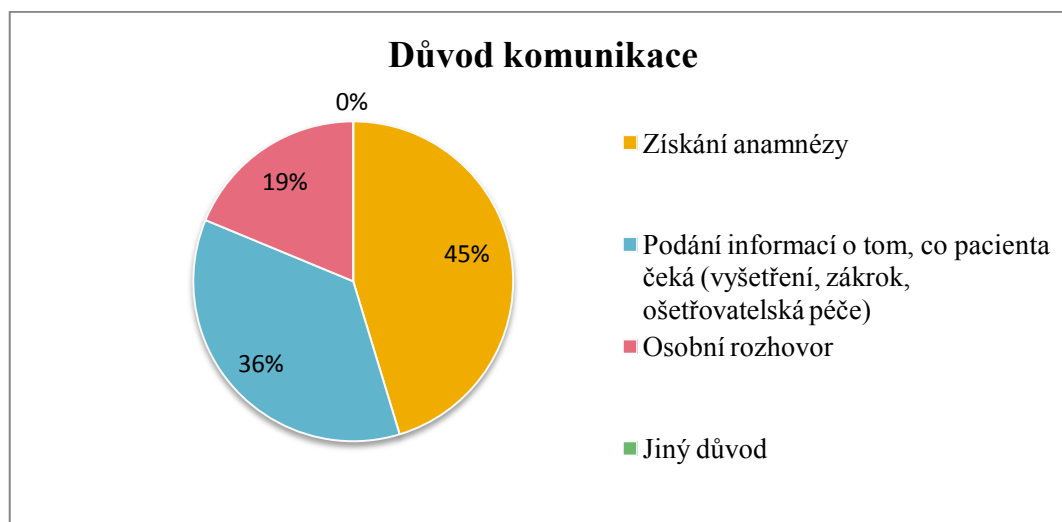
### Komentář

U této otázky nebyl výraznější rozdíl v odpovědích jednotlivých profesí, jen zdravotníční asistenti uváděli častěji, že si všímají očního kontaktu pacientů.

### Otázka č. 11: Co je nejčastějším důvodem Vaší komunikace s pacientem?

Tabulka č. 11a – Důvod komunikace

| Důvod komunikace  | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Získání anamnézy  | 29                | 45%               |
| Podání informací o tom, co pacienta čeká (vyšetření, zákrok, ošetrovatelská péče) | 23                | 36%               |
| Osobní rozhovor   | 12                | 19%               |
| Jiný důvod  | 0                 | 0%                |
| Celkem  | 64                | 100%              |



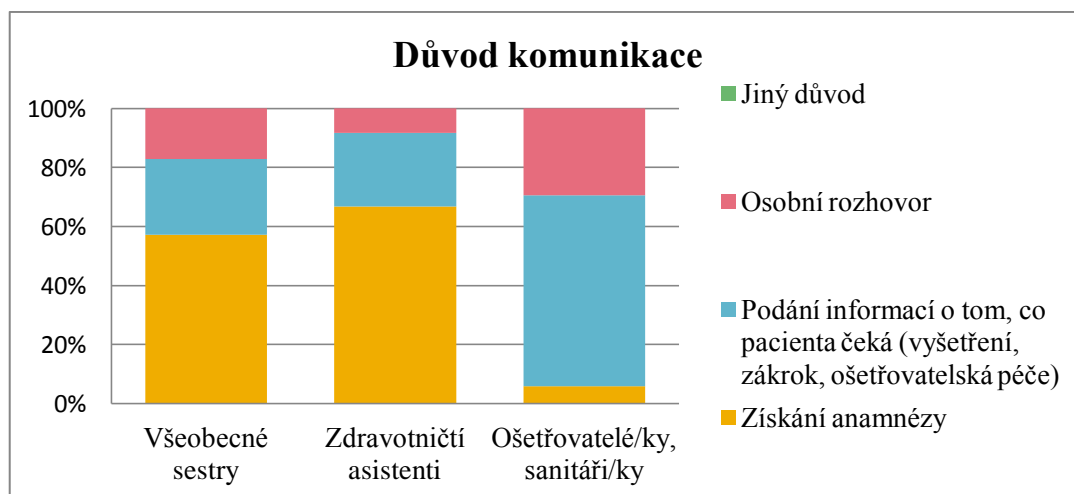
Graf č. 11a – Důvod komunikace

#### Komentář

Jako nejčastější důvod komunikace s pacientem uvedlo 29 respondentů (45%) získání anamnézy, 23 respondentů (36%) podání informací o tom, co pacienta čeká, jako např. vyšetření, ošetření, zákrok. 12 dotazovaných (19%) uvedlo jako nejčastější důvod komunikace osobní rozhovor s pacientem.

Tabulka č. 11b – Důvod komunikace – srovnání dle profese

| Důvod komunikace  | Všeobecné sestry |      | Zdravotníční asistenti |      | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |      |
|---|------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|
| Získání anamnézy  | 20               | 57%  | 8                      | 67%  | 1                            | 6%   |
| Podání informací o tom, co pacienta čeká (vyšetření, zákrok, ošetřovatelská péče) | 9                | 26%  | 3                      | 25%  | 11                           | 65%  |
| Osobní rozhovor   | 6                | 17%  | 1                      | 8%   | 5                            | 29%  |
| Jiný důvod  | 0                | 0%   | 0                      | 0%   | 0                            | 0%   |
| Celkem  | 35               | 100% | 12                     | 100% | 17                           | 100% |



Graf č. 11b – Důvod komunikace – srovnání dle profese

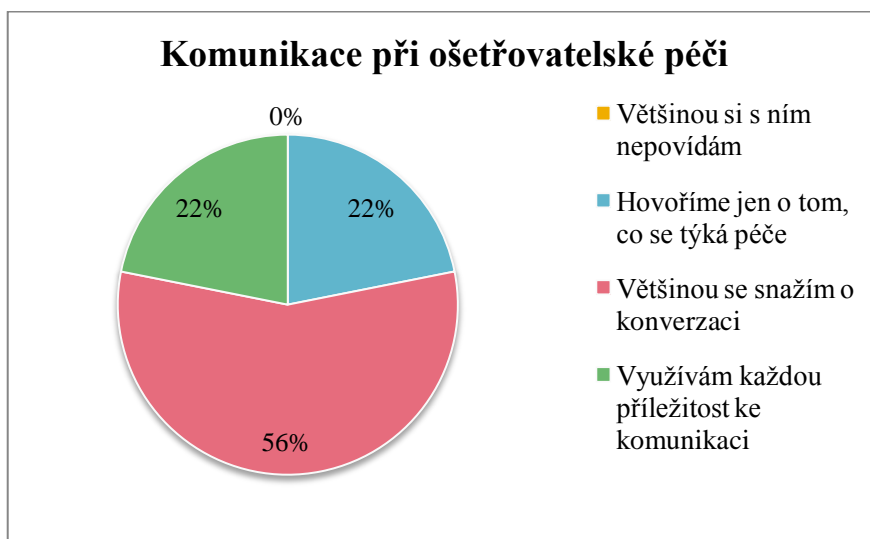
### Komentář

Odpovědi na tuto otázku se u jednotlivých profesí lišily opět na základě rozdílné pracovní náplně. Všeobecné sestry a zdravotníční asistenti uváděli jako nejčastější důvod komunikace s pacientem získání anamnézy, zatímco ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky nejčastěji pacientovi podávají informace o tom, co pacienta čeká, a také vedou s pacienty osobní rozhovory.

## Otázka č. 12: Jak si povídáte se seniorem při ošetrovatelské péči?

Tabulka č. 12a – Komunikace při ošetrovatelské péči

| Komunikace při ošetrovatelské péči        | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Většinou si s ním nepovídám               | 0                 | 0%                |
| Hovoříme jen o tom, co se týká péče       | 14                | 22%               |
| Většinou se snažím o konverzaci           | 36                | 56%               |
| Využívám každou příležitost ke komunikaci | 14                | 22%               |
| Celkem                                    | 64                | 100%              |



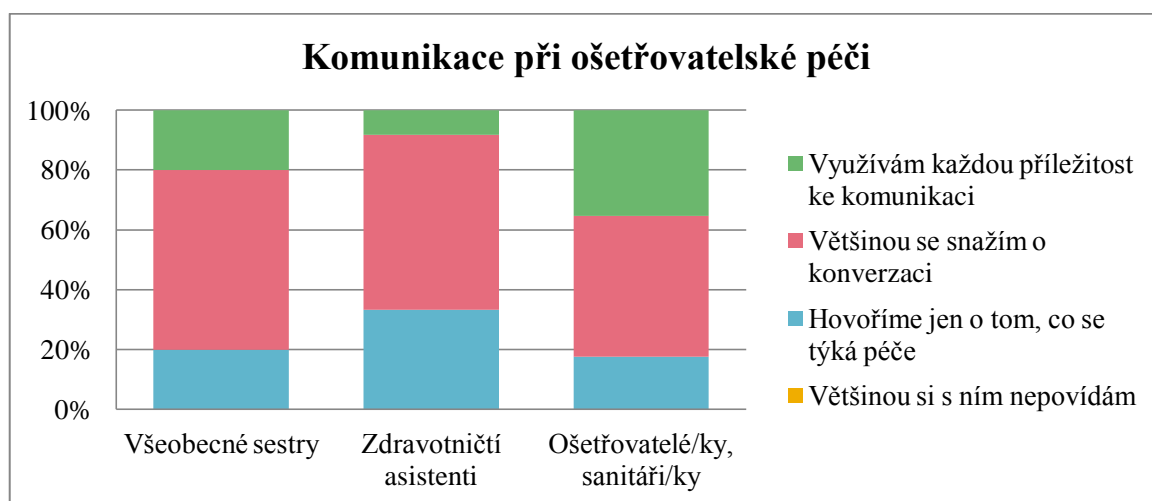
Graf č. 12a – Komunikace při ošetrovatelské péči

### Komentář

36 respondentů (56%) se při ošetrovatelské péči většinou snaží o konverzaci, 14 (22%) hovoří s pacientem jen o tom, co se týká péče o něj, a 14 dotazovaných (22%) uvedlo, že ke komunikaci využívá každou příležitost. Možnost, že si s pacientem většinou nepovídá, neoznačil nikdo.

Tabulka č. 12b – Komunikace při ošetřovatelské péči – srovnání dle profese

| <b>Komunikace při ošetřovatelské péči</b> | Všeobecné sestry |             | Zdravotničtí asistenti |             | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |             |
|---|------------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| Většinou si s ním nepovídám               | 0                | 0%          | 0                      | 0%          | 0                            | 0%          |
| Hovoříme jen o tom, co se týká péče       | 7                | 20%         | 4                      | 33%         | 3                            | 18%         |
| Většinou se snažím o konverzaci           | 21               | 60%         | 7                      | 59%         | 8                            | 47%         |
| Využívám každou příležitost ke komunikaci | 7                | 20%         | 1                      | 8%          | 6                            | 35%         |
| <b>Celkem</b>                             | <b>35</b>        | <b>100%</b> | <b>12</b>              | <b>100%</b> | <b>17</b>                    | <b>100%</b> |



Graf č. 12b – Komunikace při ošetřovatelské péči – srovnání dle profese

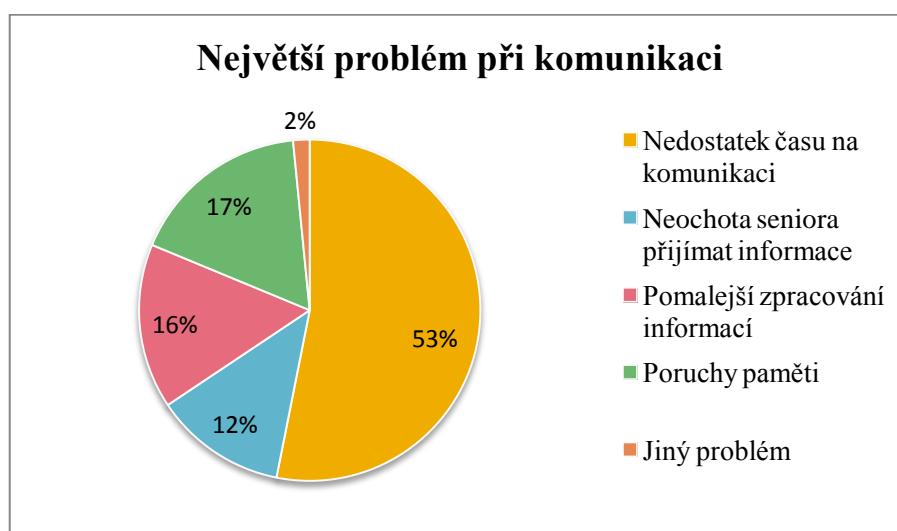
### Komentář

Při porovnání odpovědí u jednotlivých profesí byl zjištěn mírný rozdíl, pouze 1 ze zdravotnických asistentů využívá ke komunikaci každou příležitost, zatímco ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky uváděli tuto odpověď v 35%.

**Otázka č. 13: Co pro Vás představuje největší problém při komunikaci s hospitalizovaným seniorem?**

Tabulka č. 13a – Největší problém při komunikaci

| Největší problém při komunikaci     | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Nedostatek času na komunikaci       | 34                | 53%               |
| Neochota seniora přijímat informace | 8                 | 12%               |
| Pomalejší zpracování informací      | 10                | 16%               |
| Poruchy paměti                      | 11                | 17%               |
| Jiný problém                        | 1                 | 2%                |
| Celkem                              | 64                | 100%              |



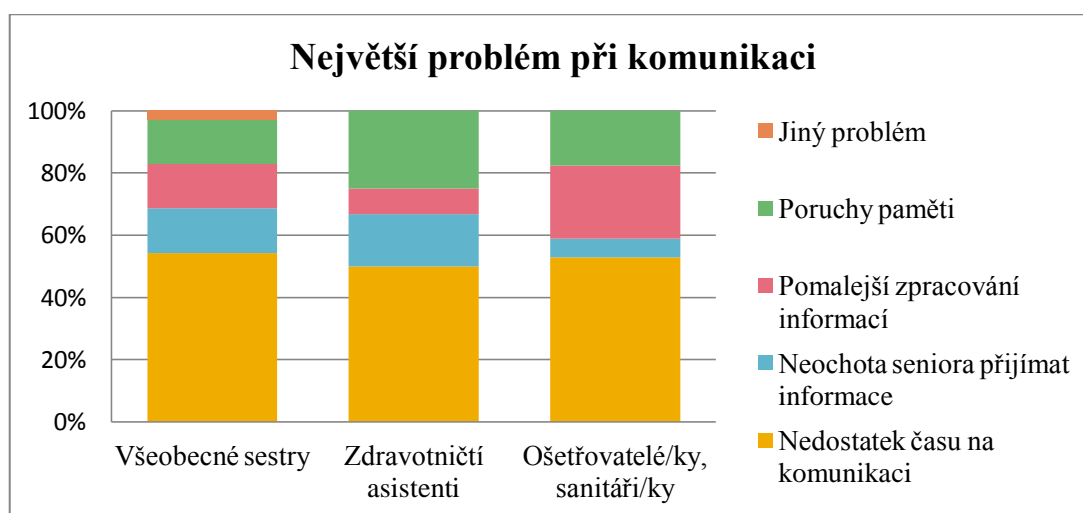
Graf č. 13a – Největší problém při komunikaci

**Komentář**

Za největší problém při komunikaci s hospitalizovaným seniorem považuje 34 respondentů (53%) nedostatek času na komunikaci, 11 (17%) jich uvedlo poruchy paměti, 10 dotazovaných (16%) pomalejší zpracování informací. Pro 8 respondentů (12%) představuje největší problém neochota seniora přijímat informace. 1 respondent (2%) uvedl jiný problém – demenci.

Tabulka č. 13b – Největší problém při komunikaci - srovnání dle profese

| <b>Největší problém při komunikaci</b> | <b>Všeobecné sestry</b> |             | <b>Zdravotníční asistenti</b> |             | <b>Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky</b> |             |
|--|-------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| Nedostatek času na komunikaci          | 19                      | 55%         | 6                             | 50%         | 9                                   | 53%         |
| Neochota seniora přijímat informace    | 5                       | 14%         | 2                             | 17%         | 1                                   | 6%          |
| Pomalejší zpracování informací         | 5                       | 14%         | 1                             | 8%          | 4                                   | 23%         |
| Poruchy paměti                         | 5                       | 14%         | 3                             | 25%         | 3                                   | 18%         |
| Jiný problém                           | 1                       | 3%          | 0                             | 0%          | 0                                   | 0%          |
| <b>Celkem</b>                          | <b>35</b>               | <b>100%</b> | <b>12</b>                     | <b>100%</b> | <b>17</b>                           | <b>100%</b> |



Graf č. 13b – Největší problém při komunikaci – srovnání dle profese

### Komentář

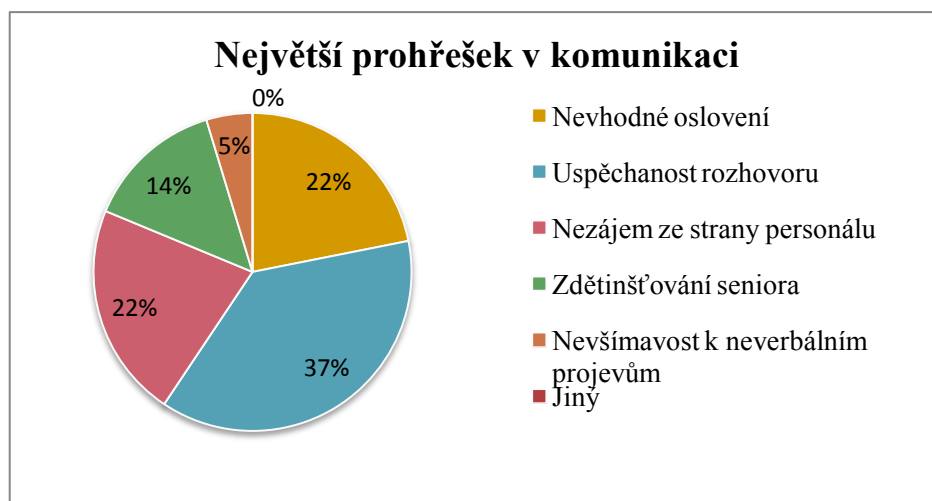
V odpovědích podle profesí výrazné rozdíly nejsou, všechny skupiny uvedly jako největší problém při komunikaci s hospitalizovaným seniorem nedostatek času na komunikaci.



### Otázka č. 14: Co pokládáte za největší prohřešek v komunikaci se seniory?

Tabulka č. 14a – Největší prohřešek v komunikaci

| Největší prohřešek v komunikaci    | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Nevhodné oslovení                  | 14                | 22%               |
| Uspěchanost rozhovoru              | 24                | 37%               |
| Nezájem ze strany personálu        | 14                | 22%               |
| Zdětinšťování seniora              | 9                 | 14%               |
| Nevšímavost k neverbálním projevům | 3                 | 5%                |
| Jiný                               | 0                 | 0%                |
| Celkem                             | 64                | 100%              |



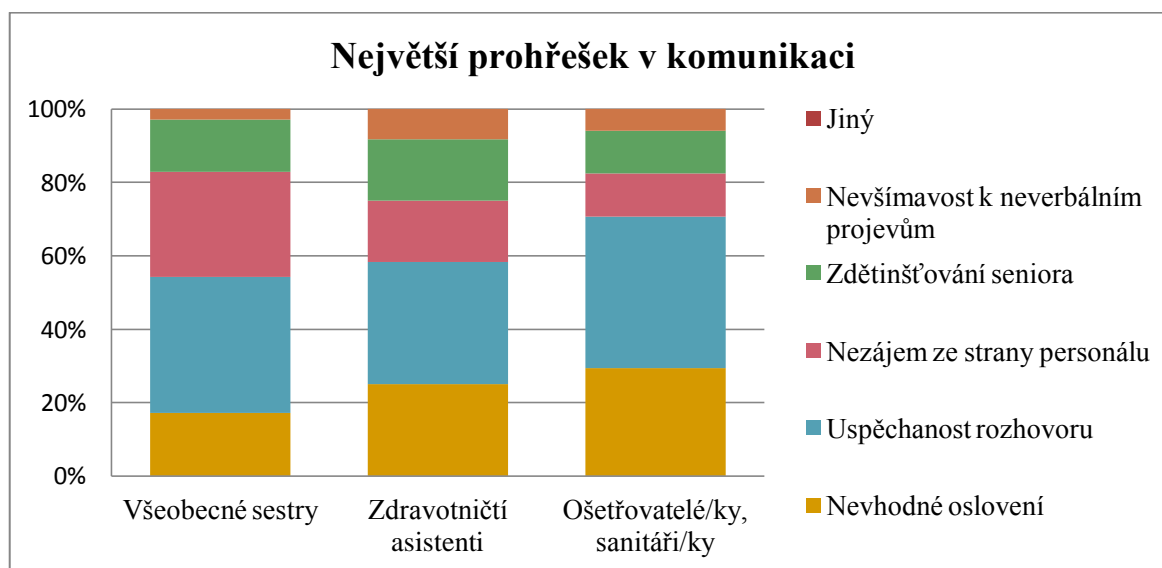
Graf č. 14a – Největší prohřešek v komunikaci

### Komentář

Za největší prohřešek v komunikaci se seniory považuje 24 respondentů (37%) uspěchanost rozhovoru, 14 dotazovaných (22%) uvedlo nevhodné oslovení, 14 (22%) nezájem ze strany personálu. Odpověď „zdětinšťování seniora“ zvolilo 9 dotazovaných (14%) a 3 (5%) pokládají za největší prohřešek v komunikaci se seniory nevšímavost k neverbálním projevům.

Tabulka č. 14b – Největší prohřešek v komunikaci – srovnání dle profese

| <b>Největší prohřešek v komunikaci</b> | Všeobecné sestry |             | Zdravotničtí asistenti |             | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |             |
|--|------------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| Nevhodné oslovení                      | 6                | 17%         | 3                      | 25%         | 5                            | 29%         |
| Uspěchanost rozhovoru                  | 13               | 37%         | 4                      | 33%         | 7                            | 41%         |
| Nezájem ze strany personálu            | 10               | 29%         | 2                      | 17%         | 2                            | 12%         |
| Zdětinšťování seniora                  | 5                | 14%         | 2                      | 17%         | 2                            | 12%         |
| Nevšímavost k neverbálním projevům     | 1                | 3%          | 1                      | 8%          | 1                            | 6%          |
| Jiný                                   | 0                | 0%          | 0                      | 0%          | 0                            | 0%          |
| <b>Celkem</b>                          | <b>35</b>        | <b>100%</b> | <b>12</b>              | <b>100%</b> | <b>17</b>                    | <b>100%</b> |



Graf č. 14b – Největší prohřešek v komunikaci – srovnání dle profese

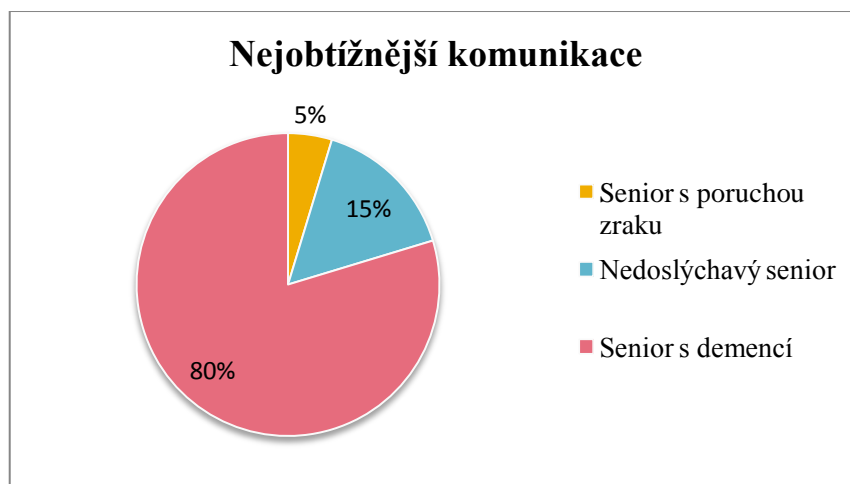
### Komentář

Všechny skupiny jednotlivých profesí uváděly jako největší prohřešek v komunikaci se seniory nejčastěji uspěchanost rozhovoru, všeobecné sestry pak na 2. místě uspěchanost rozhovoru, zatímco zdravotničtí asistenti a ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky nevhodné oslovení.

**Otázka č. 15: Se kterou z těchto skupin handicapovaných seniorů se Vám komunikuje nejobtížněji?**

Tabulka č. 15a – Nejobtížnější komunikace

| Nejobtížnější komunikace | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Senior s poruchou zraku  | 3                 | 5%                |
| Nedoslýchavý senior      | 10                | 15%               |
| Senior s demencí         | 51                | 80%               |
| Celkem                   | 64                | 100%              |



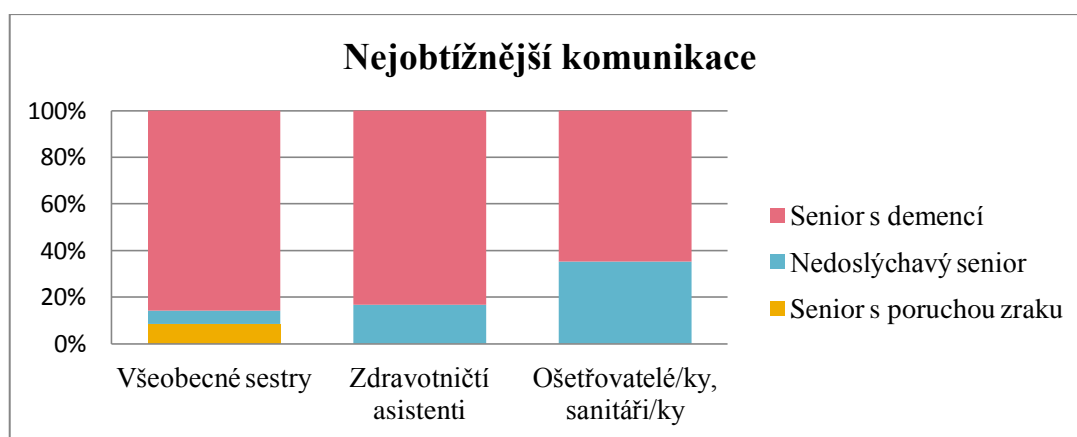
Graf č. 15a – Nejobtížnější komunikace

**Komentář**

Naprostá většina respondentů – 51 (80%) komunikuje nejobtížněji se seniory s demencí, což jsem předpokládala. 10 dotazovaných (15%) má největší potíže při komunikaci s nedoslýchavým seniorem a 3 (5%) uvedli, že nejobtížněji se jim komunikuje se seniorem s poruchou zraku.

Tabulka č. 15b – Nejobtížnější komunikace – srovnání dle profese

| <b>Nejobtížnější komunikace</b> | <b>Všeobecné sestry</b> |             | <b>Zdravotničtí asistenti</b> |             | <b>Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky</b> |             |
|---------------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| Senior s poruchou zraku         | 3                       | 9%          | 0                             | 0%          | 0                                   | 0%          |
| Nedoslýchavý senior             | 2                       | 6%          | 2                             | 17%         | 6                                   | 35%         |
| Senior s demencí                | 30                      | 85%         | 10                            | 83%         | 11                                  | 65%         |
| <b>Celkem</b>                   | <b>35</b>               | <b>100%</b> | <b>12</b>                     | <b>100%</b> | <b>17</b>                           | <b>100%</b> |



Graf č. 15b – Nejobtížnější komunikace – srovnání dle profese

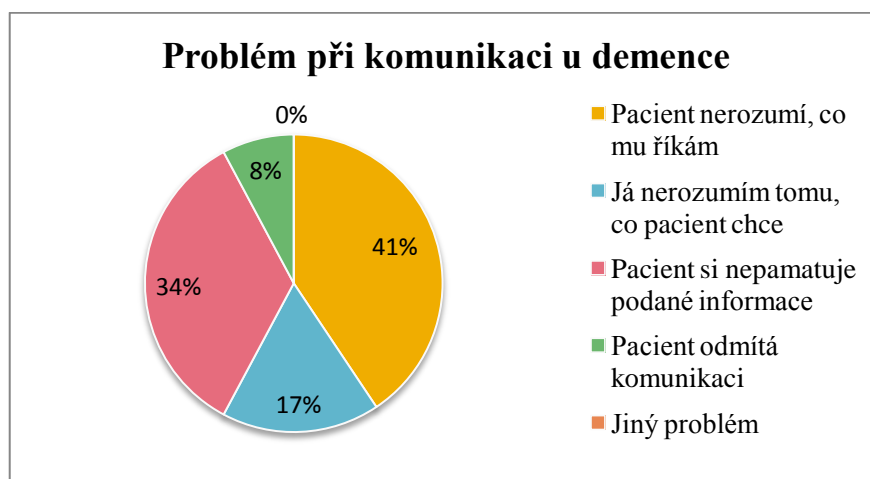
### Komentář

V odpovědích podle jednotlivých profesí nebyl výrazný rozdíl, nejčastěji uváděli, že nejobtížněji se jim komunikuje se seniory s demencí. Ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky také mají často potíže při komunikaci s nedoslýchavým seniorem (35%).

### Otázka č. 16: Co je pro Vás největší problém při komunikaci se seniorem s demencí?

Tabulka č. 16a – Problém při komunikaci u demence

| Problém při komunikaci u demence       | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Pacient nerozumí, co mu říkám          | 26                | 41%               |
| Já nerozumím tomu, co pacient chce     | 11                | 17%               |
| Pacient si nepamatuje podané informace | 22                | 34%               |
| Pacient odmítá komunikaci              | 5                 | 8%                |
| Jiný problém                           | 0                 | 0%                |
| Celkem                                 | 64                | 100%              |



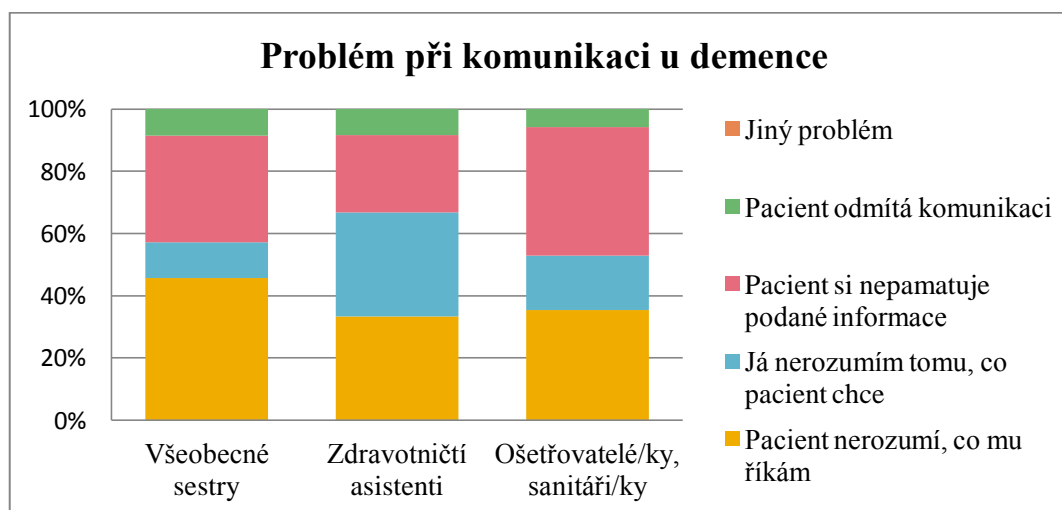
Graf č. 16a – Problém při komunikaci u demence

#### Komentář

Za největší problém při komunikaci se seniorem s demencí považuje 26 respondentů (41%) to, že pacient nerozumí tomu, co mu říkají. 22 dotazovaných (34%) vnímá jako největší problém, že si pacient nepamatuje podané informace, 11 (17%) má největší problém s tím, že nerozumí tomu, co pacient chce. 5 respondentů (8%) uvedlo jako největší problém při komunikaci se seniorem s demencí, jestliže pacient odmítá komunikaci.

Tabulka č. 16b – Problém při komunikaci u demence – srovnání dle profese

| Problém při komunikaci u demence       | Všeobecné sestry |      | Zdravotničtí asistenti |      | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |      |
|--|------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|
| Pacient nerozumí, co mu říkám          | 16               | 46%  | 4                      | 33%  | 6                            | 35%  |
| Já nerozumím tomu, co pacient chce     | 4                | 11%  | 4                      | 33%  | 3                            | 18%  |
| Pacient si nepamatuje podané informace | 12               | 34%  | 3                      | 25%  | 7                            | 41%  |
| Pacient odmítá komunikaci              | 3                | 9%   | 1                      | 9%   | 1                            | 6%   |
| Jiný problém                           | 0                | 0%   | 0                      | 0%   | 0                            | 0%   |
| Celkem                                 | 35               | 100% | 12                     | 100% | 17                           | 100% |



Graf č. 16b – Problém při komunikaci u demence – srovnání dle profese

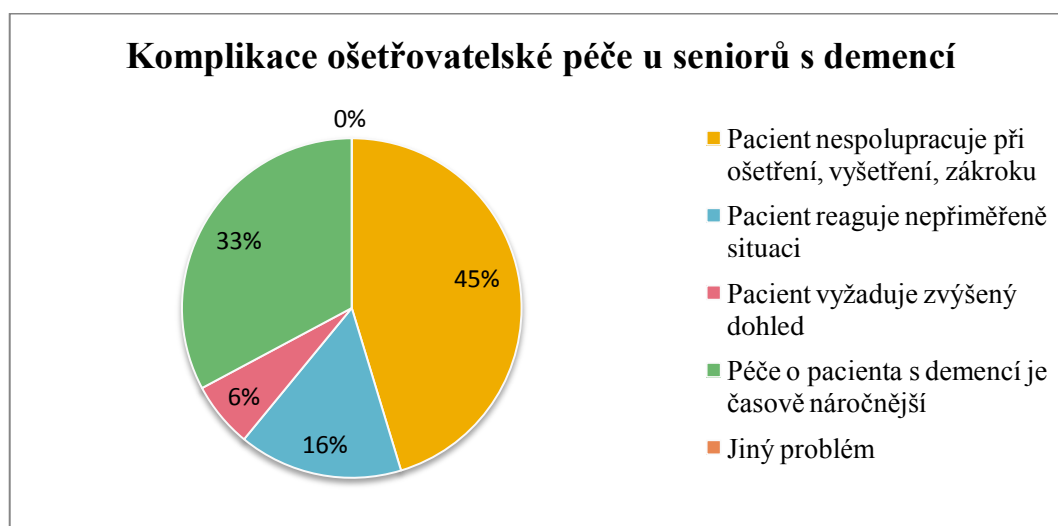
### Komentář

V odpovědích jednotlivých profesí se nevyskytly podstatné rozdíly. Zdravotničtí asistenti uváděli častěji jako největší problém při komunikaci se seniorem s demencí to, že nerozumí tomu, co pacient chce. Ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky mají nejčastěji potíže s tím, že si pacienti nepamatují podané informace.

### Otázka č. 17: Co Vám nejvíc komplikuje ošetrovatelskou péči u seniorů s demencí?

Tabulka č. 17a – Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí

| Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí      | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Pacient nespolupracuje při ošetření, vyšetření, zákroku | 29                | 45%               |
| Pacient reaguje nepřiměřeně situaci                     | 10                | 16%               |
| Pacient vyžaduje zvýšený dohled                         | 4                 | 6%                |
| Péče o pacienta s demencí je časově náročnější          | 21                | 33%               |
| Jiný problém  | 0                 | 0%                |
| Celkem  | 64                | 100%              |



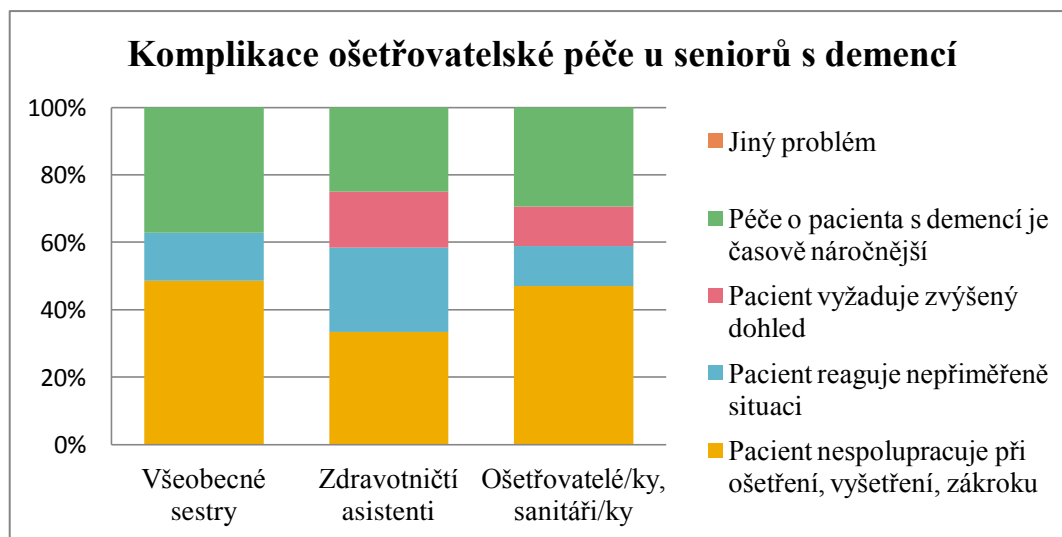
Graf č. 17a – Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí

#### Komentář

Nejvíce respondentů – 29 (45%) uvedlo, že jim ošetrovatelskou péči u seniorů s demencí komplikuje především nespolupráce pacienta. 21 dotazovaných (33%) vnímá jako největší komplikaci to, že péče o pacienta s demencí je časově náročnější. 10 respondentům (16%) nejvíce komplikují ošetrovatelskou péči nepřiměřené reakce pacienta s demencí, 4 (6%) uvedli jako největší komplikaci to, že pacient vyžaduje zvýšený dohled.

Tabulka č. 17b – Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí – srovnání dle profese

| Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí      | Všeobecné sestry |      | Zdravotničtí asistenti |      | Ošetrovatelé/ky, sanitáři/ky |      |
|---|------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|
|   |                  |      |                        |      |                              |      |
| Pacient nespolupracuje při ošetření, vyšetření, zákroku | 17               | 49%  | 4                      | 33%  | 8                            | 47%  |
| Pacient reaguje nepřiměřeně situaci                     | 5                | 14%  | 3                      | 25%  | 2                            | 12%  |
| Pacient vyžaduje zvýšený dohled                         | 0                | 0%   | 2                      | 17%  | 2                            | 12%  |
| Péče o pacienta s demencí je časově náročnější          | 13               | 37%  | 3                      | 25%  | 5                            | 29%  |
| Jiný problém  | 0                | 0%   | 0                      | 0%   | 0                            | 0%   |
| Celkem  | 35               | 100% | 12                     | 100% | 17                           | 100% |



Graf č. 17b – Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí – srovnání dle profese

### Komentář

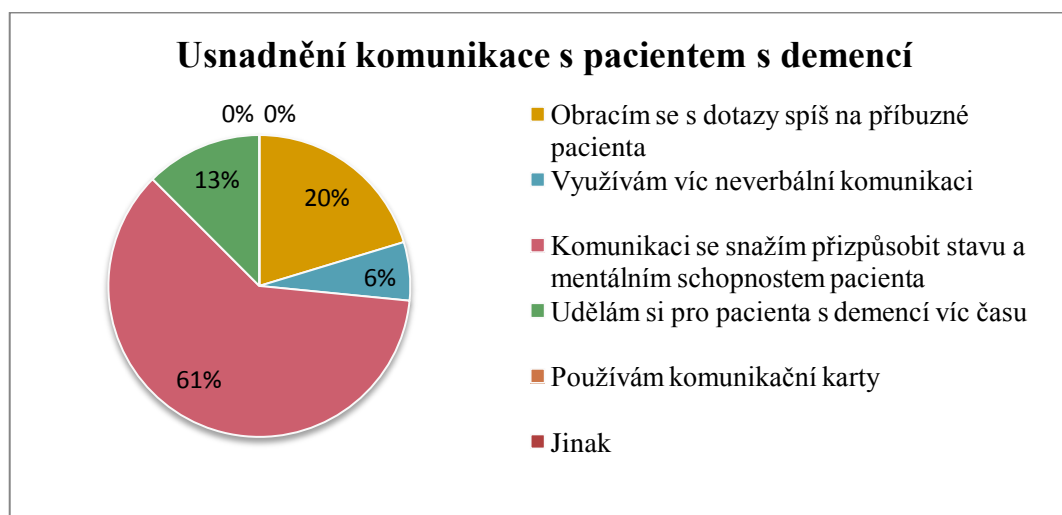
Více než třetina všeobecných sester vnímá jako největší komplikaci péče o seniory s demencí to, že taková péče je časově náročnější. Žádná ze sester nezvolila jako největší komplikaci ošetrovatelské péče fakt, že pacient s demencí vyžaduje zvýšený dohled. Jiné výrazné rozdíly v odpovědích podle jednotlivých profesí nebyly.



## Otázka č. 18: Jak si nejčastěji usnadňujete komunikaci s pacientem s demencí?

Tabulka č. 18a – Usnadnění komunikace s pacientem s demencí

| Usnadnění komunikace s pacientem s demencí                               | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Obracím se s dotazy spíše na příbuzné pacienta                           | 13                | 20%               |
| Využívám víc neverbální komunikaci                                       | 4                 | 6%                |
| Komunikaci se snažím přizpůsobit stavu a mentálnímu schopenosti pacienta | 39                | 61%               |
| Udělám si pro pacienta s demencí víc času                                | 8                 | 13%               |
| Používám komunikační karty   | 0                 | 0%                |
| Jinak  | 0                 | 0%                |
| Celkem   | 64                | 100%              |



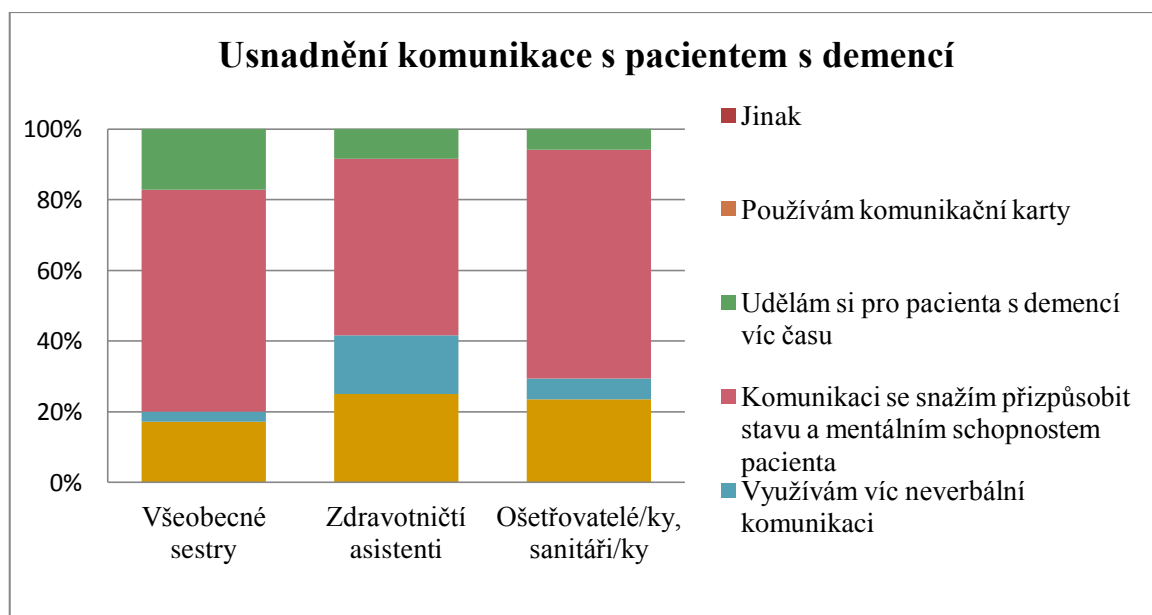
Graf č. 18a – Usnadnění komunikace s pacientem s demencí

### Komentář

39 respondentů (61%) si komunikaci s pacientem s demencí usnadňuje tím, že se ji snaží přizpůsobit stavu a mentálnímu schopenosti pacienta, 13 respondentů (20%) se obrací s dotazy spíše na příbuzné pacienta. 8 dotazovaných (13%) si pro pacienta s demencí udělá víc času a 4 (6%) uvedli, že víc využívají neverbální komunikaci. Možnost, že používá komunikační karty, ne zvolil nikdo.

Tabulka č. 18b – Usnadnění komunikace s pacientem s demencí – srovnání dle profese

| Usnadnění komunikace s pacientem s demencí                              | Všeobecné sestry |             | Zdravotničtí asistenti |             | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |             |
|---|------------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
|   |                  |             |                        |             |                              |             |
| Obracím se s dotazy spíše na příbuzné pacienta                          | 6                | 17%         | 3                      | 25%         | 4                            | 23%         |
| Využívám víc neverbální komunikaci                                      | 1                | 3%          | 2                      | 17%         | 1                            | 6%          |
| Komunikaci se snažím přizpůsobit stavu a mentálním schopnostem pacienta | 22               | 63%         | 6                      | 50%         | 11                           | 65%         |
| Udělám si pro pacienta s demencí víc času                               | 6                | 17%         | 1                      | 8%          | 1                            | 6%          |
| Používám komunikační karty  | 0                | 0%          | 0                      | 0%          | 0                            | 0%          |
| Jinak   | 0                | 0%          | 0                      | 0%          | 0                            | 0%          |
| <b>Celkem</b>   | <b>35</b>        | <b>100%</b> | <b>12</b>              | <b>100%</b> | <b>17</b>                    | <b>100%</b> |



Graf č. 18b – Usnadnění komunikace s pacientem s demencí – srovnání dle profese

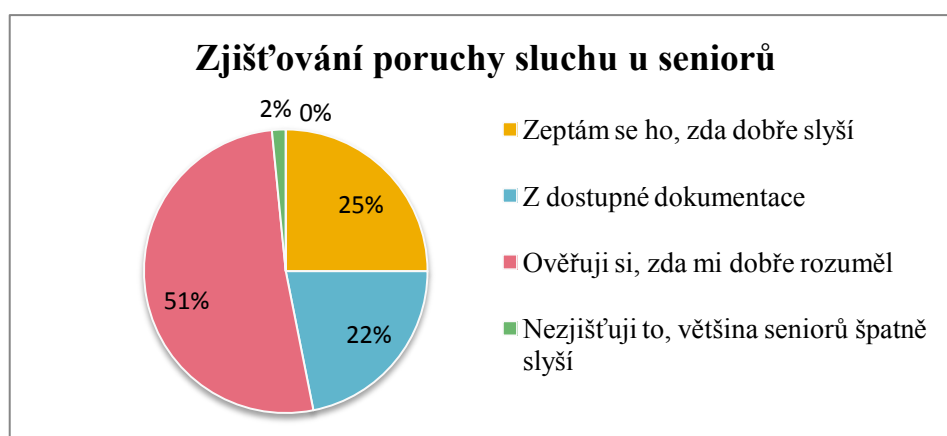
### Komentář

Při porovnání odpovědí podle profesí nebyly zjištěny významné rozdíly.

### Otázka č. 19: Jak zjišťujete, že má senior poruchu sluchu?

Tabulka č. 19a – Zjišťování poruchy sluchu u seniorů

| Zjišťování poruchy sluchu u seniorů         | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Zeptám se ho, zda dobře slyší               | 16                | 25%               |
| Z dostupné dokumentace                      | 14                | 22%               |
| Ověřuji si, zda mi dobře rozuměl            | 33                | 51%               |
| Nezjišťuji to, většina seniorů špatně slyší | 1                 | 2%                |
| Jiným způsobem                              | 0                 | 0%                |
| Celkem                                      | 64                | 100%              |



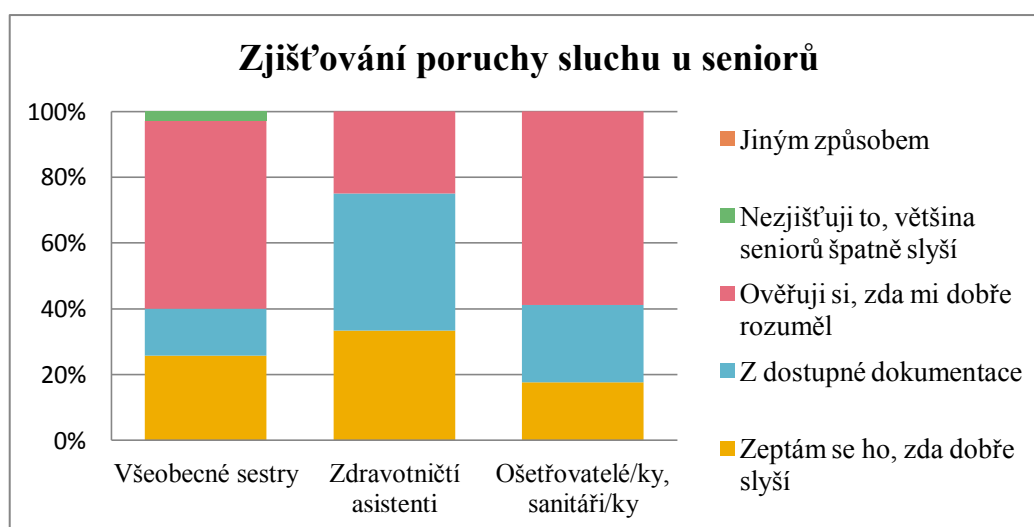
Graf č. 19a – Zjišťování poruchy sluchu u seniorů

#### Komentář

Na otázku, jak zjišťují, zda senior trpí poruchou sluchu, odpovědělo 33 respondentů (51%), že si ověřují, zda dobře rozuměl. 16 dotazovaných (25%) se seniora zeptá, zda dobře slyší, 14 (22%) si poruchu sluchu zjišťuje z dostupné dokumentace. 1 respondent (2%) poruchu sluchu u seniorů nezjišťuje, protože předpokládá, že většina seniorů špatně slyší.

Tabulka č. 19b – Zjišťování poruchy sluchu u seniorů – srovnání dle profese

| <b>Zjišťování poruchy sluchu u seniorů</b>  | <b>Všeobecné sestry</b> |             | <b>Zdravotníční asistenti</b> |             | <b>Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky</b> |             |
|---|-------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| Zeptám se ho, zda dobře slyší               | 9                       | 26%         | 4                             | 33%         | 3                                   | 18%         |
| Z dostupné dokumentace                      | 5                       | 14%         | 5                             | 42%         | 4                                   | 23%         |
| Ověřuji si, zda mi dobře rozuměl            | 20                      | 57%         | 3                             | 25%         | 10                                  | 59%         |
| Nezjišťuji to, většina seniorů špatně slyší | 1                       | 3%          | 0                             | 0%          | 0                                   | 0%          |
| Jiným způsobem                              | 0                       | 0%          | 0                             | 0%          | 0                                   | 0%          |
| <b>Celkem</b>                               | <b>35</b>               | <b>100%</b> | <b>12</b>                     | <b>100%</b> | <b>17</b>                           | <b>100%</b> |



Graf č. 19b – Zjišťování poruchy sluchu u seniorů – srovnání dle profese

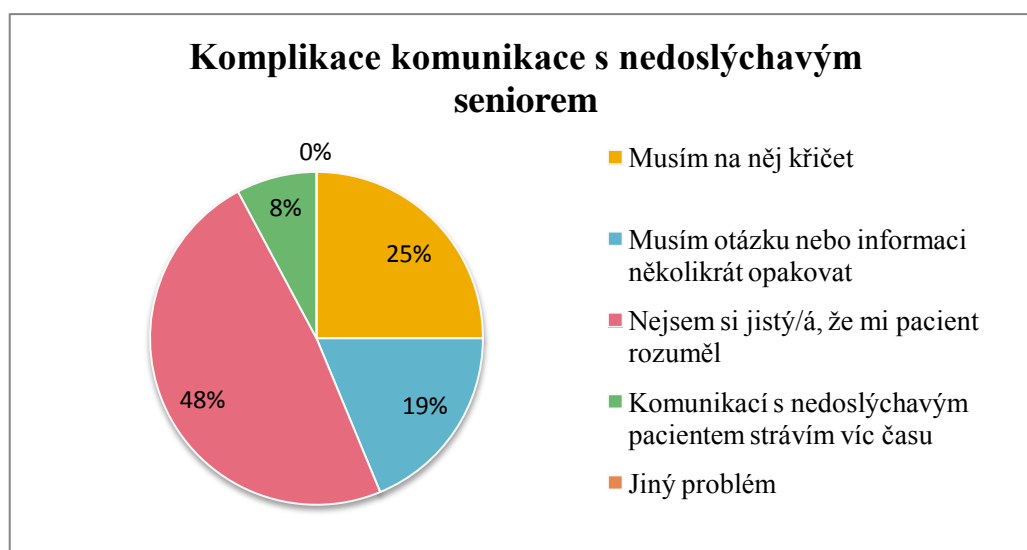
### Komentář

Zdravotníční asistenti nejčastěji uváděli, že si zjišťují poruchu sluchu u seniorů z dostupné dokumentace, všeobecné sestry a ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky si nejčastěji ověřují, zda jim senior dobře rozuměl. Překvapilo mě, že to byla sestra, kdo poruchu sluchu nezjišťuje a automaticky předpokládá, že senior špatně slyší. Všeobecné sestry by se svým vzděláním v oblasti komunikace takový přístup k seniorům mít neměly.

## Otázka č. 20: Co Vám nejvíc komplikuje komunikaci s nedoslýchavým seniorem?

Tabulka č. 20a – Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem

| Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem        | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Musím na něj křičet                                   | 16                | 25%               |
| Musím otázku nebo informaci několikrát opakovat       | 12                | 19%               |
| Nejsem si jistý/á, že mi pacient rozuměl              | 31                | 48%               |
| Komunikací s nedoslýchavým pacientem strávím víc času | 5                 | 8%                |
| Jiný problém  | 0                 | 0%                |
| Celkem  | 64                | 100%              |



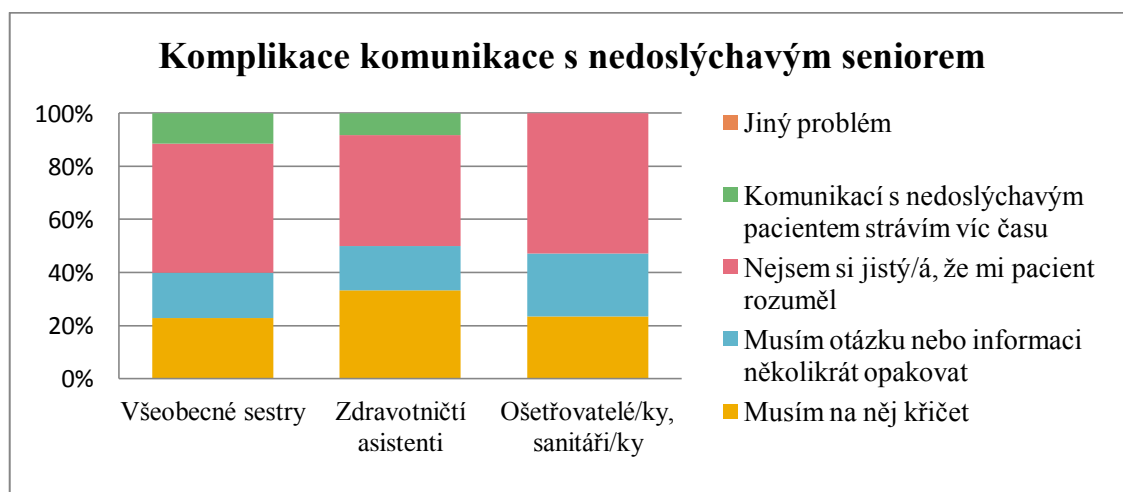
Graf č. 20a – Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem

### Komentář

Jako největší komplikaci komunikace s nedoslýchavým seniorem uvedlo 31 respondentů (48%), že si nejsou jistí, že jim pacient rozuměl. 16 dotazovaných (25%) vnímá jako největší komplikaci to, že musí na nedoslýchavého pacienta křičet, 12 respondentům (19%) nejvíc komplikuje komunikaci s nedoslýchavým seniorem to, že musí otázku nebo informaci několikrát opakovat. 5 respondentů (8%) uvedlo jako největší komplikaci fakt, že s nedoslýchavým pacientem stráví víc času.

Tabulka č. 20b – Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem – srovnání dle profese

| Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem        | Všeobecné sestry |      | Zdravotníční asistenti |      | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |      |
|---|------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|
|   |                  |      |                        |      |                              |      |
| Musím na něj křičet                                   | 8                | 23%  | 4                      | 33%  | 4                            | 23%  |
| Musím otázku nebo informaci několikrát opakovat       | 6                | 17%  | 2                      | 17%  | 4                            | 23%  |
| Nejsem si jistý/á, že mi pacient rozuměl              | 17               | 49%  | 5                      | 42%  | 9                            | 54%  |
| Komunikaci s nedoslýchavým pacientem strávím víc času | 4                | 11%  | 1                      | 8%   | 0                            | 0%   |
| Jiný problém  | 0                | 0%   | 0                      | 0%   | 0                            | 0%   |
| Celkem  | 35               | 100% | 12                     | 100% | 17                           | 100% |



Graf č. 20b – Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem – srovnání dle profese

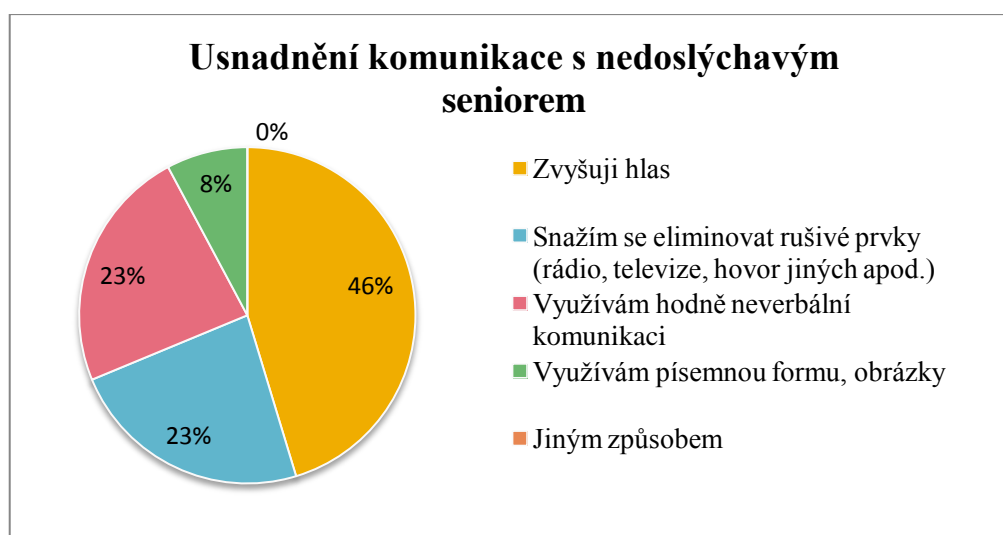
### Komentář

Ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky neuvedli jako komplikaci komunikace s nedoslýchavým pacientem to, že s ním stráví víc času. Jinak nebyly mezi odpověďmi jednotlivých profesí výrazné rozdíly.

## Otázka č. 21: Jak si nejčastěji usnadňujete komunikaci s nedoslýchavým seniorem?

Tabulka č. 21a – Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem

| Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem                           | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Zvyšuji hlas  | 29                | 46%               |
| Snažím se eliminovat rušivé prvky (rádio, televize, hovor jiných apod.) | 15                | 23%               |
| Využívám hodně neverbální komunikaci                                    | 15                | 23%               |
| Využívám písemnou formu, obrázky  | 5                 | 8%                |
| Jiným způsobem  | 0                 | 0%                |
| Celkem  | 64                | 100%              |



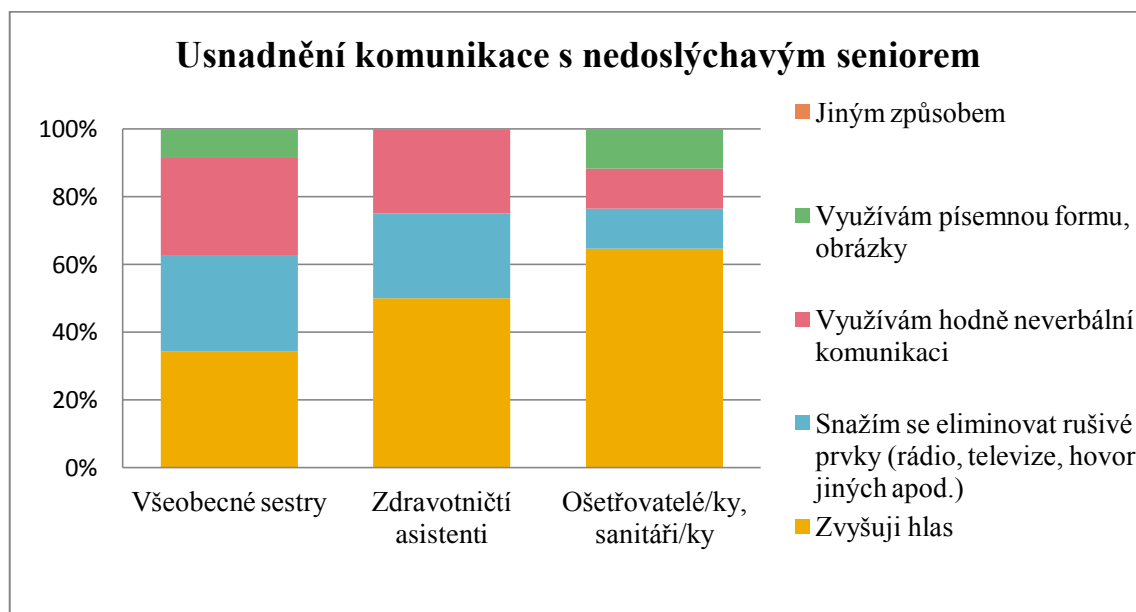
Graf č. 21a – Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem

### Komentář

29 respondentů (46%) si komunikaci s nedoslýchavým seniorem usnadňuje tím, že zvyšuje hlas. 15 dotazovaných (23%) se snaží eliminovat rušivé prvky a stejný počet využívá hodně neverbální komunikaci. 5 respondentů (8%) nejčastěji využívá písemnou formu komunikace a obrázky.

Tabulka č. 21b – Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem – srovnání dle profese

| Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem                           | Všeobecné sestry |             | Zdravotničtí asistenti |             | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |             |
|---|------------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| Zvyšují hlas  | 12               | 35%         | 6                      | 50%         | 11                           | 64%         |
| Snažím se eliminovat rušivé prvky (rádio, televize, hovor jiných apod.) | 10               | 28%         | 3                      | 25%         | 2                            | 12%         |
| Využívám hodně neverbální komunikaci                                    | 10               | 28%         | 3                      | 25%         | 2                            | 12%         |
| Využívám písemnou formu, obrázky  | 3                | 9%          | 0                      | 0%          | 2                            | 12%         |
| Jiným způsobem  | 0                | 0%          | 0                      | 0%          | 0                            | 0%          |
| <b>Celkem</b>   | <b>35</b>        | <b>100%</b> | <b>12</b>              | <b>100%</b> | <b>17</b>                    | <b>100%</b> |



Graf č. 21b – Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem – srovnání dle profese



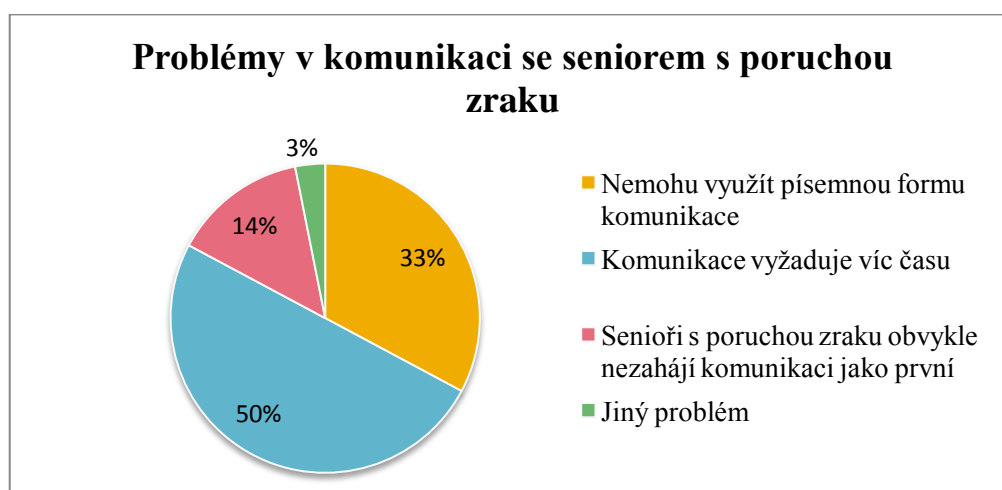
## **Komentář**

U této otázky se projevily rozdíly ve znalostech komunikace s nedoslýchavým seniorem u jednotlivých profesí nelékařských zdravotnických pracovníků. Ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky uváděli nejčastěji, že zvyšují na nedoslýchavé seniory hlas, zatímco všeobecné sestry se víc snaží využívat neverbální komunikaci, písemnou formu komunikace, obrázky a eliminovat rušivé prvky v prostředí.

## Otázka č. 22: Co považujete za největší problém v komunikaci se seniorem s poruchou zraku?

Tabulka č. 22a – Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku

| Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku              | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Nemohu využít písemnou formu komunikace                         | 21                | 33%               |
| Komunikace vyžaduje víc času                                    | 32                | 50%               |
| Senioři s poruchou zraku obvykle nezahájí komunikaci jako první | 9                 | 14%               |
| Jiný problém  | 2                 | 3%                |
| Celkem  | 64                | 100%              |



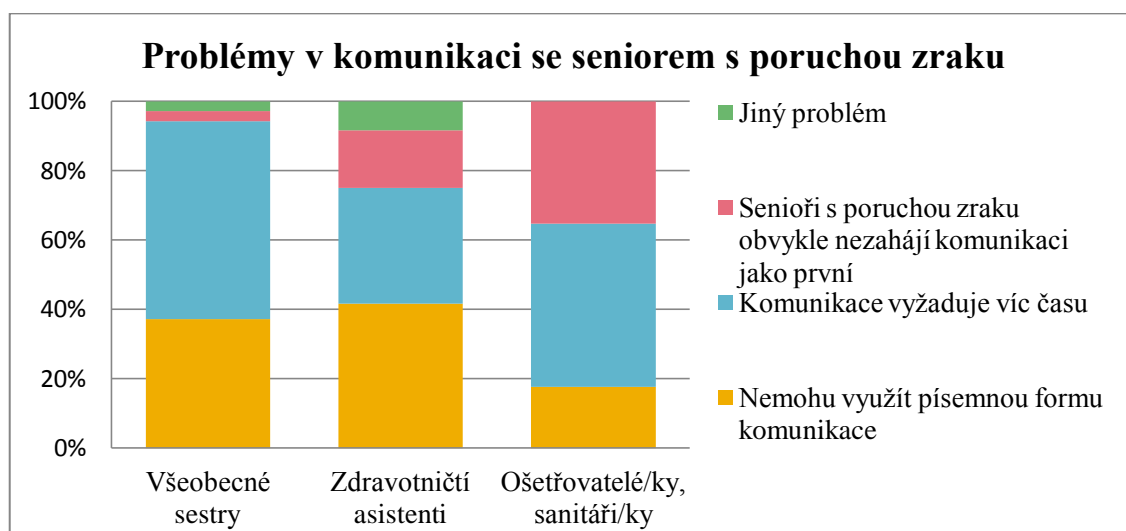
Graf č. 22a – Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku

### Komentář

Za největší problém v komunikaci se seniorem s poruchou zraku považuje 32 respondentů (50%) fakt, že komunikace vyžaduje víc času. 21 respondentů (33%) vnímá jako největší problém, že nemohou využít písemnou formu komunikace. 9 dotazovaných (14%) uvedlo, že největší problém mají s tím, že senioři s poruchou zraku obvykle nezahájí komunikaci jako první. 2 respondenti (3%) uvedli jiný problém: „nemohu využít neverbální komunikaci“ a „podrobný popis aktivity, co dělám“.

Tabulka č. 22b – Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku – srovnání dle profese

| Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku              | Všeobecné sestry |      | Zdravotníční asistenti |      | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |      |
|---|------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|
|   |                  |      |                        |      |                              |      |
| Nemohu využít písemnou formu komunikace                         | 13               | 37%  | 5                      | 42%  | 3                            | 18%  |
| Komunikace vyžaduje víc času                                    | 20               | 57%  | 4                      | 33%  | 8                            | 47%  |
| Senioři s poruchou zraku obvykle nezahájí komunikaci jako první | 1                | 3%   | 2                      | 17%  | 6                            | 35%  |
| Jiný problém  | 1                | 3%   | 1                      | 8%   | 0                            | 0%   |
| Celkem  | 35               | 100% | 12                     | 100% | 17                           | 100% |



Graf č. 22b – Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku – srovnání dle profese

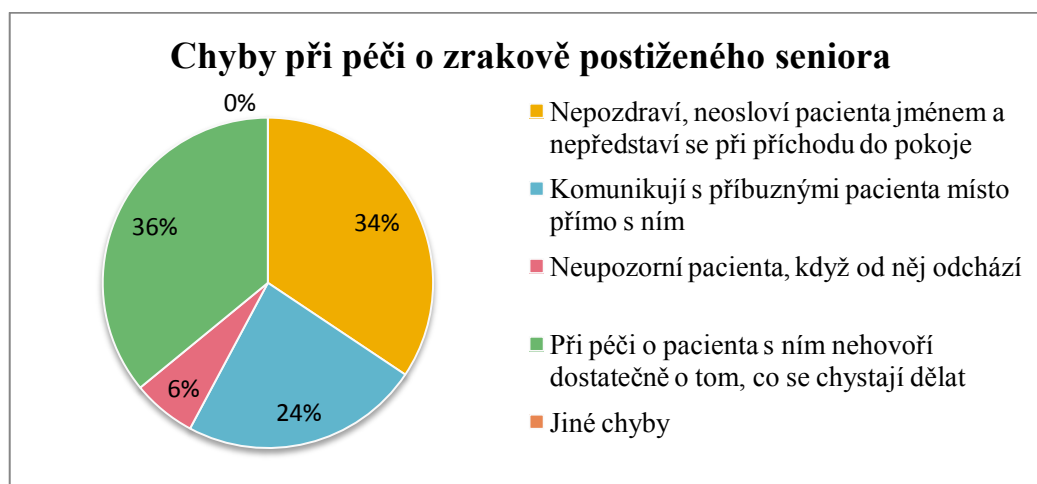
### Komentář

Všeobecné sestry častěji než ostatní skupiny ošetřujícího personálu uváděly jako největší problém v komunikaci se seniorem s poruchou zraku fakt, že komunikace vyžaduje víc času. Ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky také často vnímají jako největší problém to, že senioři s poruchou zraku obvykle nezahájí komunikaci jako první.

**Otázka č. 23: Jakou chybu podle Vás nejčastěji dělá ošetřující personál při péči o zrakově postiženého seniora?**

Tabulka č. 23a – Chyby při péči o zrakově postiženého seniora

| Chyby při péči o zrakově postiženého seniora                                 | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Nepozdraví, neosloví pacienta jménem a nepředstaví se při příchodu do pokoje | 22                | 34%               |
| Komunikují s příbuznými pacienta místo přímo s ním                           | 15                | 24%               |
| Neupozorní pacienta, když od něj odchází                                     | 4                 | 6%                |
| Při péči o pacienta s ním nehovoří dostatečně o tom, co se chystají dělat    | 23                | 36%               |
| Jiné chyby   | 0                 | 0%                |
| Celkem   | 64                | 100%              |



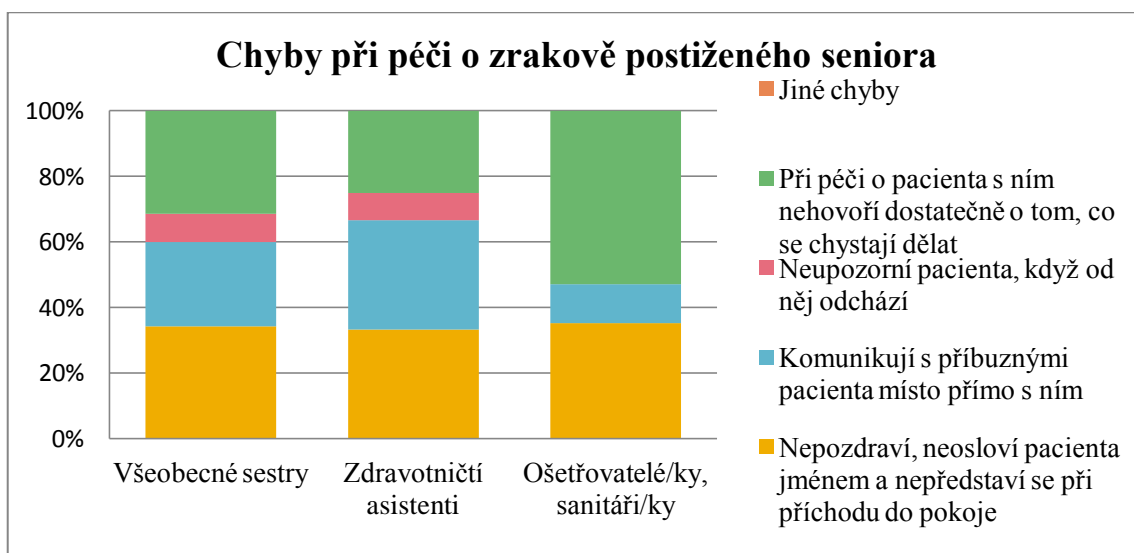
Graf č. 23a – Chyby při péči o zrakově postiženého seniora

**Komentář**

23 respondentů (36%) považuje za častou chybu ošetřujícího personálu, jestliže při péči o zrakově postiženého seniora nehovoří dostatečně o tom, co se chystají dělat. 22 respondentů (34%) uvedlo jako častou chybu to, že personál nepozdraví, neosloví pacienta jménem a nepředstaví se při příchodu do pokoje. Komunikaci s příbuznými seniora místo přímo s ním považuje za nejčastější chybu 15 dotazovaných (24%), 4 respondenti (6%) zvolili jako nejčastější chybu, když ošetřující personál neupozorní pacienta, že od něj odchází.

Tabulka č. 23b – Chyby při péči o zrakově postiženého seniora – srovnání dle profese

| <b>Chyby při péči o zrakově postiženého seniora</b>                          | Všeobecné sestry |             | Zdravotničtí asistenti |             | Ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky |             |
|--|------------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| Nepozdraví, neosloví pacienta jménem a nepředstaví se při příchodu do pokoje | 12               | 34%         | 4                      | 33%         | 6                            | 35%         |
| Komunikují s příbuznými pacienta místo přímo s ním                           | 9                | 26%         | 4                      | 33%         | 2                            | 12%         |
| Neupozorní pacienta, když od něj odchází                                     | 3                | 9%          | 1                      | 9%          | 0                            | 0%          |
| Při péči o pacienta s ním nehovoří dostatečně o tom, co se chystají dělat    | 11               | 31%         | 3                      | 25%         | 9                            | 53%         |
| Jiné chyby   | 0                | 0%          | 0                      | 0%          | 0                            | 0%          |
| <b>Celkem</b>  | <b>35</b>        | <b>100%</b> | <b>12</b>              | <b>100%</b> | <b>17</b>                    | <b>100%</b> |



Graf č. 23b – Chyby při péči o zrakově postiženého seniora – srovnání dle profese

### Komentář

Ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky uváděli častěji než ostatní jako největší chybu to, že ošetřující personál nehovoří dostatečně se zrakově postiženým seniorem o tom, co se chystá dělat.

## 7 Diskuse

Hlavním cílem práce bylo „Zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu ošetrovatelského personálu“. Tento hlavní cíl jsme specifikovali do pěti dílčích cílů:

- 1) Zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci se seniory s demencí.
- 2) Zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci s nedoslýchavými seniory.
- 3) Zjistit, zda ošetrovatelský personál zvládá komunikaci se seniory s poruchou zraku.
- 4) Zjistit, zda mají nelékařští zdravotníci pečující o seniory dostatečné znalosti o komunikaci a zda mají zájem o další vzdělání v této oblasti.
- 5) Zjistit, zda mají nelékařští zdravotníci dostatek času na komunikaci s hospitalizovanými seniory.

Ve výzkumném šetření bylo zařazeno 64 (100%) nelékařských zdravotnických pracovníků, z toho 35 všeobecných sester (55%), 12 zdravotnických asistentů (19%), 17 ošetrovatelů a sanitárek (26%). Pokud jde o vzdělání, tak 10 jich bylo vyučeno (16%) a 39 (61%) mělo střední vzdělání s maturitou, 11 mělo vyšší odborné vzdělání (17%) a 4 (6%) vysokoškolské vzdělání. Nejvíce dotazovaných – 26 (40%) pracovalo ve zdravotnictví méně než 5 let, 15 (23%) mělo praxi mezi 6-10 lety, 14 (22%) mezi 11-20 lety, 4 (6%) mezi 21-30 lety a 6 (9%) jich pracovalo ve zdravotnictví déle než 30 let.

### **Dílčí cíl č. 1: Zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci se seniory s demencí**

K tomuto cíli jsme formulovali nulovou a alternativní hypotézu:

$H^0$  Předpokládáme, že více jak 30% ošetřujícího personálu umí překonat bariéry v komunikaci se seniory s demencí.

$H^A$  Předpokládáme, že méně jak 70% ošetřujícího personálu neumí překonat bariéry v komunikaci se seniory s demencí.

K dílčímu cíli č. 1 se vztahovaly výzkumné otázky č. 15, 16, 17, 18.

Otázka č. 15 byla zaměřena na zjištění, se kterou skupinou handicapovaných seniorů se ošetřujícímu personálu komunikuje nejobtížněji. Naprostá většina (80%) respondentů odpověděla, že nejobtížněji komunikuje se seniory s demencí, u všeobecných sester to bylo dokonce 85%. Podobným výzkumným šetřením se ve své bakalářské práci zabývala studentka Lucie Kratochvílová (Lékařská fakulta UK v Hradci Králové 2010), která se zaměřila na komunikaci s hospitalizovanými seniory na gerontopsychiatrickém oddělení.

Také ona zjistila, že nelékařští zdravotničtí pracovníci mají největší obtíže s komunikací s pacienty s demencí, i když v jejím výzkumu zdravotníci volili mezi seniory s různými psychickými onemocněními (Kratochvílová, 2010).

Na otázku, co je pro ně největší problém při komunikaci se seniorem s demencí odpovědělo 41% dotazovaných, že pacient nerozumí, co mu říkají a 34% respondentů, že si pacient nepamatuje podané informace.

Otázka č. 17 se týkala komplikací ošetrovatelské péče u seniorů s demencí. Jako nejčastější komplikaci uváděli respondenti fakt, že pacient nespolupracuje při ošetření nebo vyšetření (45%), dalších 33% odpovědělo, že ošetrovatelská péče o seniora s demencí je časově náročnější. Všeobecné sestry oproti ostatním skupinám zdravotníků tyto dvě komplikace, které spolu jistě souvisí, uváděly častěji.

Na otázku, jak si nejčastěji usnadňují komunikaci s pacientem s demencí, celých 61% respondentů odpovědělo, že se snaží komunikaci přizpůsobit stavu a mentálním schopnostem pacienta, 20% dotazovaných se s dotazy obrací spíše na příbuzné pacienta. Při porovnání odpovědí podle jednotlivých profesí jsem neshledala podstatné rozdíly, což je potěšující zjištění, ze kterého vyplývá, že i méně odborně vzdělaný personál se snaží komunikaci s pacientem s demencí vhodně přizpůsobit.

Zhodnotíme-li odpovědi na tyto otázky, týkající se komunikace se seniory s demencí, reakce respondentů jsem očekávala a odpovídají mým vlastním zkušenostem z praxe. Ošetrovatelský personál má často potíže s komunikací s hospitalizovanými seniory s demencí, péči o tyto pacienty komplikuje zejména fakt, že zdravotníkům nerozumí a nespolupracují při vyšetření. S tím souvisí větší časová náročnost péče. Většina respondentů (61%) si však usnadní komunikaci se seniorem s demencí tím, že se ji snaží přizpůsobit stavu a mentálním schopnostem pacienta. Přijímáme tedy hypotézu  $H^0$ .

Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

## **Dílčí cíl č. 2: Zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci s nedoslýchavými seniory**

K tomuto cíli jsme formulovali nulovou a alternativní hypotézu:

$H^0$  Předpokládáme, že více jak 30% ošetřujícího personálu umí překonat bariéry v komunikaci s nedoslýchavými seniory.

$H^A$  Předpokládáme, že méně jak 70% ošetřujícího personálu neumí překonat bariéry v komunikaci s nedoslýchavými seniory.

K dílčímu cíli č. 2 se vztahovaly výzkumné otázky č. 15, 19, 20, 21.

Jako nejobtížnější uvedlo komunikaci s nedoslýchavými seniory 15% respondentů z celkového zkoumaného souboru, ale u sanitářů a ošetřovatelek to bylo 35%.

Otázka č. 19 byla zaměřena na zjišťování poruchy sluchu u seniorů. 51% dotazovaných uvedlo, že si ověřuje, zda pacient dobře rozuměl. Zdravotničtí asistenti nejčastěji (42%) zjišťují poruchu sluchu z dostupné dokumentace. Jedna sestra poruchu sluchu u seniorů nezjišťuje, neboť předpokládá, že většina starších pacientů špatně slyší, což je podle mého názoru projevem ageismu. Studentka Anna Zemanová (Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně 2013) ve své bakalářské práci uvádí, že 68% zdravotníků na interním oddělení a 84% zdravotníků na chirurgickém oddělení si vždy ověřuje pochopení sdělených informací seniorům (Zemanová, 2013).

Na otázku, co zdravotníkům nejvíc komplikuje komunikaci s nedoslýchavým seniorem, 48% respondentů odpovědělo, že si nejsou jistí, jestli jim pacient rozuměl. Tyto odpovědi korespondují s odpověďmi na předešlou otázku a jsou známkou toho, že se zdravotníci starají o to, aby jim senioři rozuměli.

V otázce č. 21 jsme zjišťovali, jak si ošetřující personál usnadňuje komunikaci s nedoslýchavým seniorem. 46% respondentů uvedlo, že zvyšuje hlas, 23% se snaží eliminovat rušivé prvky a 23% dotazovaných využívá hodně neverbální komunikaci. Při srovnání podle pracovního zařazení se ukázalo, že sestry komunikují s nedoslýchavými seniory o něco lépe než ostatní nelékařští zdravotníci, méně zvyšují hlas a více se snaží eliminovat rušivé prvky a využívají neverbální komunikaci. Naopak sanitáři a ošetřovatelky zvyšují hlas dokonce v 64%. Domnívám se, že tento rozdíl vyplývá z odlišné úrovně vzdělání v oblasti komunikace.

Celkově lze říci, že více než polovina dotazovaných umí překonat bariéry v komunikaci s nedoslýchavým seniorem – eliminují rušivé prvky, využívají neverbální komunikaci a písemnou formu a obrázky. Přijímáme tedy hypotézu  $H^0$ .

Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

### **Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda ošetřovatelský personál zvládá komunikaci se seniory s poruchou zraku**

K tomuto cíli jsme vytvořili nulovou a alternativní hypotézu, ale formulovali jsme hypotézu podle Maňáka, Gavory (In Hlad'o, 2011):

$H$  Předpokládáme, že ošetřující personál lépe zvládá komunikaci se seniory s poruchou zraku než se seniory s demencí a s nedoslýchavými.

K dílčímu cíli č. 3 se vztahovaly výzkumné otázky č. 15, 22, 23.



Komunikaci se seniorem s poruchou zraku uváděli respondenti jako nejobtížnější pouze v 5%.

Jako největší problém v komunikaci se zrakově postiženým seniorem 50% dotazovaných uvedlo fakt, že komunikace vyžaduje víc času. 33% respondentů odpovědělo, že nemůže využít písemnou formu, což podle mě také vede k tomu, že je péče časově náročnější, neboť je potřeba pacientovi vše přečíst, aby byl dostatečně informovaný.

V otázce č. 23 jsme se dotazovali na nejčastější chyby při péči o zrakově postiženého seniora. Nelékařští zdravotníci uvedli jako chybu zejména to, že při péči o pacienta s ním nehovoří dostatečně o tom, co se chystají dělat (36%). Častá odpověď byla také, že nepozdraví, neosloví pacienta jménem a nepředstaví se při příchodu do pokoje (34%). Myslím si, že to jsou závažné chyby, které mohou vést i k nespolupráci pacienta při ošetrovatelské péči.

Ošetřující personál tedy vnímá bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory s poruchou zraku, i když komunikaci s nimi nepovažuje za tolik problematickou jako při demenci nebo sluchovém postižení. Zdravotníci si uvědomují, jaké chování vůči zrakově postiženým seniorům je nevhodné.

Dílčí cíl č. 3 byl splněn a hypotéza byla přijata.

#### **Dílčí cíl č. 4: Zjistit, zda mají nelékařští zdravotníci pečující o seniory dostatečné znalosti o komunikaci a zda mají zájem o další vzdělání v této oblasti.**

Překonávání bariér v komunikaci souvisí také s úrovní znalostí komunikace. Zajímalo nás tedy, zda si ošetřující personál myslí, že má dostatečné znalosti v oblasti komunikace a zda má zájem o jejich prohloubení.

Formulovali jsme nulovou a alternativní hypotézu:

$H^0$  Předpokládáme, že více jak 60% nelékařských zdravotníků má zájem o prohloubení znalostí o komunikaci.

$H^A$  Předpokládáme, že méně jak 40% nelékařských zdravotníků nemá zájem o prohloubení znalostí o komunikaci.

K dílčímu cíli č. 4 se vztahovaly výzkumné otázky č. 4, 5, 6, 7.

Většina dotazovaných získala informace o komunikaci během kvalifikačního studia, téměř čtvrtina respondentů na semináři nebo jiné vzdělávací akci. 73% nelékařských zdravotníků považuje své znalosti o komunikaci za dostatečné, ale i přesto 85% respondentů má zájem o další vzdělávání v této oblasti. Přijímáme tedy hypotézu  $H^0$ . Dotazovaní by preferovali zejména akreditovaný vzdělávací kurz (45%) nebo seminář pořádaný

zaměstnavatelem (46%). U této otázky jsem očekávala větší převahu zájmu o seminář pořádaný zaměstnavatelem, protože je to pro zdravotníky nejjednodušší forma vzdělávání.

Dílčí cíl č. 4 byl splněn.

Kratochvílová (2010) uvádí, že 28% jejích respondentů získalo znalosti o komunikaci se seniory na seminářích a 23% dotazovaných ve škole. Při zjišťování zájmu o prohloubení znalostí dospěla k podobnému výsledku jako já - 80% respondentů má zájem o další vzdělávání v oblasti komunikace. Bártová (2010) ve svém výzkumném šetření rovněž zjistila zájem o odborný vzdělávací kurz komunikace se seniory u 82% respondentů.

#### **Dílčí cíl č. 5: Zjistit, zda mají nelékařští zdravotníci dostatek času na komunikaci s hospitalizovanými seniory**

Rovněž míra času, který věnuje ošetrovatelský personál pacientům, souvisí s překonáváním bariér v komunikaci.

K tomuto cíli jsme formulovali nulovou a alternativní hypotézu:

$H^0$  Předpokládáme, že více jak 60% nelékařských zdravotníků nemá dostatek času na komunikaci s pacienty.

$H^A$  Předpokládáme, že méně jak 40% nelékařských zdravotníků má dostatek času na komunikaci s pacienty.

K dílčímu cíli č. 5 se přímo vztahovala výzkumná otázka č. 8. Nepřímo s tímto cílem souvisí otázky č. 12, 13, 14, 17, 20, 22.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že pouze 35% jich má dostatek času na komunikaci s pacienty. Přijímáme hypotézu  $H^A$ . Pokud jde o pracovní zařazení, tak nejvíce času mají ošetrovatelé/ky a sanitáři/ky (53%). Tento výsledek vyplývá z náplně práce jednotlivých zdravotnických profesí, všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti jsou hodně zaměstnání i administrativou a tolik času na komunikaci s pacienty nemají. Často tak i nižší ošetřující personál získá při své práci cenné informace, a pokud na oddělení funguje týmová spolupráce, stává se důležitým článkem v poskytování zdravotní péče. Sestry by se však měly snažit si čas na komunikaci udělat a využít k hovoru s pacientem každou příležitost. To však dělá jen 20% sester a 8% asistentů (otázka č. 12).

I v dalších výzkumných otázkách byla problematika nedostatku času významná. 53% dotazovaných označilo jako největší problém při komunikaci se seniorem nedostatek času. 37% respondentů ale pokládá uspěchanost rozhovoru za největší prohřešek v komunikaci se seniory. 33% zdravotníků má obtíže s tím, že péče o pacienta s demencí je časově náročnější, pro 50% dotazovaných je časová náročnost největším problémem

při komunikaci se zrakově postiženými seniory, zatímco u nedoslýchavých seniorů uvádí jen 8% respondentů, že jim časová náročnost komplikuje komunikaci. Nedostatek času na komunikaci s hospitalizovanými seniory představuje tedy významnou komunikační bariéru a myslím si, že nelékařští zdravotníci by rádi toho času měli více.

Dílčí cíl č. 5 byl splněn.

Kratochvílová (2010) ve své práci uvádí, že 86% zdravotníků odvádí nedostatek času od komunikace s pacienty, 37% jich udává nedostatek času jako největší problém při komunikaci. Naopak Zemanová (2013) zjistila nedostatek času jako komunikační bariéru pouze u 17% zdravotníků na interně a necelých 3% zdravotníků na chirurgii.

Všechny dílčí cíle bakalářské práce byly splněny a tím byl také splněn její hlavní cíl.

## Závěr

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo shrnout poznatky o komunikaci, popsat změny organismu spojené se stárnutím, určit specifika komunikace se seniory, zvláště pak se seniory s kognitivním a smyslovým postižením.

V empirické části práce jsem se zaměřila na zjištění, jaké bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory vnímají nelékařští zdravotničtí pracovníci, jak jim tyto překážky komplikují ošetrovatelskou péči a jak se je snaží překonávat. Pozornost jsem věnovala zejména komunikaci se seniory s demencí, nedoslýchavostí a zrakovým postižením. Jak jsem předpokládala, největší komunikační bariérou u seniorů je pro ošetřující personál demence, naopak nejméně potíží má při komunikaci se zrakově postiženými seniory. Dále jsem zjišťovala, zda mají zdravotníci na komunikaci dostatek času, zda mají potřebné znalosti a zda jeví zájem o jejich prohloubení.

Z výzkumného šetření vyplývá, že nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o hospitalizované seniory, si uvědomují bariéry v komunikaci s nimi a mají snahu tyto překážky překonat. Ve způsobu překonávání bariér se projevily rozdíly ve vzdělání u jednotlivých nelékařských profesí, sestry jsou zpravidla na komunikaci se staršími pacienty připraveny lépe. Bylo by vhodné využít zájmu zdravotníků o další vzdělávání v oblasti komunikace, nejlépe formou semináře zaměřeného na komunikaci se seniory. Výuka komunikace by měla být také součástí kurzů pro sanitáře, aby i nižší ošetrovatelský personál uměl lépe komunikovat s pacienty.

Významnou překážkou v komunikaci je pro nelékařské zdravotníky nedostatek času. Mnoho z nich udávalo, že jim péči o seniory komplikuje časová náročnost komunikace se seniory s kognitivním nebo smyslovým postižením. Myslím si, že velká část sester by chtěla věnovat komunikaci s pacienty více času, což by jistě také usnadnilo ošetrovatelskou péči a zlepšilo spolupráci pacientů při léčbě. Nedostatek času na komunikaci s pacienty souvisí s nedostatkem ošetřujícího personálu, především sester. Řada oddělení splňuje jen minimální personální obsazení, které však rozhodně není optimální pro poskytování individuální ošetrovatelské péče zaměřené na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta.

Zdravotníci by měli více využívat neverbální komunikaci a pomůcky, jako jsou např. komunikační karty. Pro efektivní komunikaci se seniory s demencí by bylo vhodné se seznámit s metodou validace a dalšími psychologickými přístupy k pacientům trpícím demencí, což by také přispělo k překonání komunikační bariéry.

## Anotace

**Autor:** Martina Poklopová

**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetřovatelství

**Název práce:** Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

**Počet stran:** 104

**Počet příloh:** 5

**Rok obhajoby:** 2016

**Klíčová slova:** komunikace, stáří, senior, bariéry v komunikaci, demence, nedoslýchavý senior, zrakově postižený senior

Bakalářská práce se zabývá nejčastějšími bariérami v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu ošetřujícího personálu. Teoretická část práce pojednává o komunikaci obecně, definuje pojmy stáří, senior, stárnutí, seznamuje se specifiky komunikace se seniory. Zvláštní pozornost je věnována komunikaci se seniory se smyslovými a kognitivními poruchami.

Empirickou část práce tvoří kvantitativní výzkumné šetření zaměřené na zjištění a analýzu bariér v komunikaci s hospitalizovanými seniory. Výzkumné šetření probíhalo v zařízení dlouhodobé ošetřovatelské péče Rehamedica Žacléř, a. s. a v Oblastní nemocnici Trutnov, a. s. Zkoumaný soubor představuje ošetřující personál - všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky. Výsledky šetření jsou vyhodnoceny jak celkově, tak podle pracovního zařazení zdravotnických pracovníků.

**Author:** Martina Poklopová

**Institution:** Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové,  
Department of Social Medicine, Department of Nursing

**Title:** The barriers to communication with hospitalized seniors

**Supervisor:** doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

**Number of pages:** 104

**Number of attachments:** 5

**Year of defense:** 2016

**Key words:** communication, old age, senior, barriers to communication, dementia,  
hearing-impaired senior, visually impaired senior

This Bachelor Thesis deals with the most frequent barriers to communication with hospitalized seniors from the perspective of nursing staff. The theoretic part of the thesis deals with communication in general, it defines words: old age, senior, aging, it acquaints with the specifics of communication with seniors. Special attention is paid to the communication with seniors with sensory and cognitive disorders.

The empiric part of the thesis is comprised of the quantitative research focused on the detection and analysis of the barriers to communication with hospitalized seniors. The research took place in Rehamedica Žacléř, a. s., the medical facility for the long-term nursing care, and in Oblastní nemocnice Trutnov, a. s. The surveyed file is represented by nursing staff – nurses, nursing assistants, hospital attendants and orderlies. The survey results are evaluated both in general, and according to the job titles of paramedical staff.

## Použitá literatura a zdroje

1. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
2. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
3. KABÁTOVÁ, O. Špecifika komunikácie s geriatrickým pacientom. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. ISSN 1801-1349. 2012. Roč. 8, č. 6, s. 7-8
4. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
5. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 144 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
6. KRATOCHVÍLOVÁ, L. *Komunikace s hospitalizovanými seniory*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2010. 112 s. Depo in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
7. KUČERA, P. Specifika přístupu k neslyšícímu pacientovi. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. ISSN 1210-0404. 2013. Roč. 23, č. 9, s. 24-26
8. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
9. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, 111 s. ISBN 978-80-254-0174-3.

10. MARTINKOVÁ, J., BOTÍKOVÁ, A. Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. ISSN 1210-0404. 2012. Roč. 22, č. 2, s. 28-29
11. NOVÁK, Tomáš. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 112 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-5152-8.
12. OBEREIGNERŮ, Radko. *Komunikační dovednosti ve službách medicíny*. Vyd. 1. Břeclav: Adamira, 2009, 136 s. ISBN 978-80-904217-2-1.
13. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
14. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
15. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015, 96 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
16. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
17. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
18. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
19. WEITZEL, T. et al. The Special Needs of the Hospitalized Patient with Dementia. *Medsurg Nursing*. 2011. Vol. 20, No. 1, s. 13-19
20. ZACHAROVÁ, Eva. *Základy komunikace pro ošetrovatelskou praxi*. V *Tribunu EU* vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2011, 129 s. ISBN 978-80-7399-285-9.
21. ZACHAROVÁ, E. Zvláštnosti v komunikaci se seniory. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. ISSN 1210-0404. 2013. Roč. 23, č. 6, s. 27-28



Elektronické zdroje:

22. BÁRTOVÁ, L. Úloha sestry v komunikaci se seniorem. *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství V. Sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. [online]. 2010. S. 26. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>
23. CALDERÓN, J. et al. *Pitfalls in Health Communication: Healthcare Policy, Institution, Structure, & Process*. [online]. 2004. [cit. 2015-09-12] Dostupné z [www.medscape.com/viewarticle/466016](http://www.medscape.com/viewarticle/466016)
24. HLAĐO, P. *Úvod do pedagogického výzkumu pro učitele středních škol* [online]. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2011. 134 s. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z <http://www.vychova-vzdelavani.cz/pedagogickyvyzkum.pdf>. ISBN 978-80-7375-544-7.
25. KLEVETOVÁ, D. *Hodnocení bolesti u osob s demencí*. [online]. 2010. [cit. 2015-10-01]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>
26. POKORNÁ, A., SUKUPOVÁ, M. *Validace podle Naomi Feil® v geriatrické péči. Kontakt*. ISSN 1804-7122. [online]. 2014. Č. 2, s. 88-96. [cit. 2015-10-05]. Dostupné z <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2014/1109-ivalidace-podle-naomi-feil%C2%AE-i-v-geriatricke-peci>
27. ZACHAROVÁ, E. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína*. [online]. 2008. S. 588-589. [cit. 2015-09-28]. Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf>
28. ZEMANOVÁ, A. *Komunikační bariéry v prostředí zdravotnických zařízení*. [online]. Bakalářská práce obhájená na Masarykově univerzitě v Brně v roce 2013. 98 s. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z [https://is.muni.cz/th/214744/lf\\_b/azbp-4-23ver2.pdf](https://is.muni.cz/th/214744/lf_b/azbp-4-23ver2.pdf)

Zdroje fotografií:

[www.rehamedica.cz/fotogalerie/](http://www.rehamedica.cz/fotogalerie/)

<http://archiv.trutnovinky.cz/index.php?gid=33958>

## Seznam tabulek

|   |    |
|---|----|
| Tabulka č. 1 – Pracovní zařazení .....  | 38 |
| Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání .....   | 39 |
| Tabulka č. 3 – Délka praxe ve zdravotnictví .....   | 40 |
| Tabulka č. 4 – Forma informací o komunikaci.....  | 41 |
| Tabulka č. 5 – Dostatečné znalosti o komunikaci .....   | 42 |
| Tabulka č. 6 – Zájem o vzdělávací akci o komunikaci.....  | 43 |
| Tabulka č. 7 – Typ vzdělávací akce.....   | 44 |
| Tabulka č. 8a - Dostatek času na komunikaci .....   | 45 |
| Tabulka č. 8b – Dostatek času na komunikaci – srovnání dle profese .....                        | 46 |
| Tabulka č. 9a – Způsob ověření porozumění u pacienta .....                                      | 47 |
| Tabulka č. 9b – Způsob ověření porozumění u pacienta – srovnání dle profese.....                | 48 |
| Tabulka č. 10a – Neverbální projevy pacienta.....   | 49 |
| Tabulka č. 10b – Neverbální projevy pacienta – srovnání dle profese.....                        | 50 |
| Tabulka č. 11a – Důvod komunikace .....   | 51 |
| Tabulka č. 11b – Důvod komunikace – srovnání dle profese.....                                   | 52 |
| Tabulka č. 12a – Komunikace při ošetrovatelské péči .....                                       | 53 |
| Tabulka č. 12b – Komunikace při ošetrovatelské péči – srovnání dle profese.....                 | 54 |
| Tabulka č. 13a – Největší problém při komunikaci.....   | 55 |
| Tabulka č. 13b – Největší problém při komunikaci - srovnání dle profese.....                    | 56 |
| Tabulka č. 14a – Největší prohřešek v komunikaci.....   | 57 |
| Tabulka č. 14b – Největší prohřešek v komunikaci – srovnání dle profese .....                   | 58 |
| Tabulka č. 15a – Nejobtížnější komunikace .....   | 59 |
| Tabulka č. 15b – Nejobtížnější komunikace – srovnání dle profese .....                          | 60 |
| Tabulka č. 16a – Problém při komunikaci u demence.....  | 61 |
| Tabulka č. 16b – Problém při komunikaci u demence – srovnání dle profese .....                  | 62 |
| Tabulka č. 17a – Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí .....                       | 63 |
| Tabulka č. 17b – Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí – srovnání dle profese..... | 64 |
| Tabulka č. 18a – Usnadnění komunikace s pacientem s demencí .....                               | 65 |
| Tabulka č. 18b – Usnadnění komunikace s pacientem s demencí – srovnání dle profese ..           | 66 |
| Tabulka č. 19a – Zjišťování poruchy sluchu u seniorů.....                                       | 67 |
| Tabulka č. 19b – Zjišťování poruchy sluchu u seniorů – srovnání dle profese.....                | 68 |

|  |    |
|--|----|
| Tabulka č. 20a – Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem .....                              | 69 |
| Tabulka č. 20b – Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem – srovnání dle<br>profese.....     | 70 |
| Tabulka č. 21a – Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem.....                                | 71 |
| Tabulka č. 21b – Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem – srovnání dle profese<br>.....     | 72 |
| Tabulka č. 22a – Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku.....                           | 74 |
| Tabulka č. 22b – Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku – srovnání dle<br>profese..... | 75 |
| Tabulka č. 23a – Chyby při péči o zrakově postiženého seniora.....                                 | 76 |
| Tabulka č. 23b – Chyby při péči o zrakově postiženého seniora – srovnání dle profese ....          | 77 |

## Seznam grafů

|   |    |
|---|----|
| Graf č. 1 – Pracovní zařazení .....   | 38 |
| Graf č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání .....  | 39 |
| Graf č. 3 – Délka praxe ve zdravotnictví .....  | 40 |
| Graf č. 4 – Forma informací o komunikaci .....  | 41 |
| Graf č. 5 – Dostatečné znalosti o komunikaci .....  | 42 |
| Graf č. 6 – Zájem o vzdělávací akci o komunikaci .....  | 43 |
| Graf č. 7 – Typ vzdělávací akce .....   | 44 |
| Graf č. 8a – Dostatek času na komunikaci.....   | 45 |
| Graf č. 8b – Dostatek času na komunikaci – srovnání dle profese .....                         | 46 |
| Graf č. 9a – Způsob ověření porozumění u pacienta .....                                       | 47 |
| Graf č. 9b – Způsob ověření porozumění u pacienta – srovnání dle profese.....                 | 48 |
| Graf č. 10a – Neverbální projevy pacienta .....   | 49 |
| Graf č. 10b – Neverbální projevy pacienta – srovnání dle profese.....                         | 50 |
| Graf č. 11a – Důvod komunikace .....  | 51 |
| Graf č. 11b – Důvod komunikace – srovnání dle profese .....                                   | 52 |
| Graf č. 12a – Komunikace při ošetrovatelské péči .....  | 53 |
| Graf č. 12b – Komunikace při ošetrovatelské péči – srovnání dle profese.....                  | 54 |
| Graf č. 13a – Největší problém při komunikaci.....  | 55 |
| Graf č. 13b – Největší problém při komunikaci – srovnání dle profese .....                    | 56 |
| Graf č. 14a – Největší prohřešek v komunikaci.....  | 57 |
| Graf č. 14b – Největší prohřešek v komunikaci – srovnání dle profese .....                    | 58 |
| Graf č. 15a – Nejobtížnější komunikace.....   | 59 |
| Graf č. 15b – Nejobtížnější komunikace – srovnání dle profese .....                           | 60 |
| Graf č. 16a – Problém při komunikaci u demence.....   | 61 |
| Graf č. 16b – Problém při komunikaci u demence – srovnání dle profese.....                    | 62 |
| Graf č. 17a – Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí .....                        | 63 |
| Graf č. 17b – Komplikace ošetrovatelské péče u seniorů s demencí – srovnání dle profese ..... | 64 |
| Graf č. 18a – Usnadnění komunikace s pacientem s demencí.....                                 | 65 |
| Graf č. 18b – Usnadnění komunikace s pacientem s demencí – srovnání dle profese .....         | 66 |
| Graf č. 19a – Zjišťování poruchy sluchu u seniorů .....                                       | 67 |
| Graf č. 19b – Zjišťování poruchy sluchu u seniorů – srovnání dle profese.....                 | 68 |

|   |    |
|---|----|
| Graf č. 20a – Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem .....                            | 69 |
| Graf č. 20b – Komplikace komunikace s nedoslýchavým seniorem – srovnání dle profese .....     | 70 |
| Graf č. 21a – Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem.....                              | 71 |
| Graf č. 21b – Usnadnění komunikace s nedoslýchavým seniorem – srovnání dle profese.           | 72 |
| Graf č. 22a – Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku.....                         | 74 |
| Graf č. 22b – Problémy v komunikaci se seniorem s poruchou zraku – srovnání dle profese ..... | 75 |
| Graf č. 23a – Chyby při péči o zrakově postiženého seniora .....                              | 76 |
| Graf č. 23b – Chyby při péči o zrakově postiženého seniora – srovnání dle profese.....        | 77 |

## **Seznam příloh**

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Souhlasy s výzkumným šetřením

Příloha 3 - Fotografie a logo Reamedica Žacléř, a. s.

Příloha 4 - Fotografie Oblastní nemocnice Trutnov, a. s.

Příloha 5 - Škála PAINAD

# Přílohy

## Příloha 1 - Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou bakalářského studijního programu, obor všeobecná sestra, a ráda bych Vás požádala o vyplnění anonymního dotazníku. Získané informace budou použity pro výzkumné účely v mé bakalářské práci na téma „Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory.“

Předem Vám děkuji za ochotu a Váš čas.

Martina Poklopová

Zakroužkujte, prosím, vždy jen **jednu** odpověď.

1. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- a) všeobecná sestra
- b) zdravotnický asistent
- c) ošetřovatel/ka, sanitář/ka

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) méně než 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) déle než 30 let

4. Jakou formou jste získal/a informace o komunikaci?

- a) při kvalifikačním studiu
- b) na semináři či jiné vzdělávací akci
- c) z literatury
- d) z internetu
- e) samostudiem

5. Považujete Vaše znalosti o komunikaci za dostatečné?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne

6. Uvítal/a byste absolvování nějaké vzdělávací akce zaměřené na komunikaci se seniory?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne

7. O jaký typ vzdělávací akce byste měl/a zájem?

- a) seminář pořádaný zaměstnavatelem
- b) akreditovaný vzdělávací kurz
- c) jiný – uveďte, prosím jaký .....
- d) nemám zájem

8. Máte na komunikaci s pacienty dostatek času?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne



9. Jakým způsobem si ověřujete, že pacient rozumí tomu, co říkáte?

- a) dotazem: „Rozuměl/a jste mi?“
- b) dotazem: „Co jste mi rozuměl/a?“
- c) z toho, jak se tváří
- d) jinak – popište, prosím, jak .....
- e) neověřuji si to

10. Jakých neverbálních projevů si při rozhovoru s pacientem nejvíc všímáte?

- a) gesta
- b) výraz tváře
- c) oční kontakt
- d) postoj
- e) vzdálenost pacienta ode mě

11. Co je nejčastějším důvodem Vaší komunikace s pacientem?

- a) získání anamnézy
- b) podání informací o tom, co pacienta čeká (vyšetření, zákrok, ošetrovatelská péče apod.)
- c) osobní rozhovor
- d) jiný důvod – uveďte, prosím, jaký .....

12. Jak si povídáte se seniorem při ošetrovatelské péči?

- a) většinou si s ním nepovídám
- b) hovoříme jen o tom, co se týká péče
- c) většinou se snažím o konverzaci
- d) využívám každou příležitost ke komunikaci

13. Co pro Vás představuje největší problém při komunikaci s hospitalizovaným seniorem?

- a) nedostatek času na komunikaci
- b) neochota seniora přijímat informace
- c) pomalejší zpracování informací
- d) poruchy paměti
- e) jiný problém – uveďte, prosím, jaký .....

14. Co pokládáte za největší prohřešek v komunikaci se seniory?

- a) nevhodné oslovení
- b) uspěchanost rozhovoru
- c) nezájem ze strany personálu
- d) zdětinšťování seniora
- e) nevšímavost k neverbálním projevům
- f) jiný – uveďte, prosím, jaký .....

15. Se kterou z těchto skupin handicapovaných seniorů se Vám komunikuje nejobtížněji?

- a) senior s poruchou zraku
- b) nedoslýchavý senior
- c) senior s demencí

16. Co je pro Vás největší problém při komunikaci se seniorem s demencí?

- a) pacient nerozumí, co mu říkám
- b) já nerozumím tomu, co pacient chce
- c) pacient si nepamatuje podané informace
- d) pacient odmítá komunikaci
- e) jiný problém – uveďte, prosím, jaký .....

17. Co Vám nejvíc komplikuje ošetrovatelskou péči u seniorů s demencí?

- a) pacient nespolupracuje při ošetření, vyšetření, zákroku
- b) pacient reaguje nepřiměřeně situaci
- c) pacient vyžaduje zvýšený dohled
- d) péče o pacienta s demencí je časově náročnější
- e) jiný problém – uveďte, prosím, jaký .....

18. Jak si nejčastěji usnadňujete komunikaci s pacientem s demencí?

- a) obracím se s dotazy spíš na příbuzné pacienta
- b) využívám víc neverbální komunikaci
- c) komunikaci se snažím přizpůsobit stavu a mentálním schopnostem pacienta
- d) udělám si pro pacienta s demencí víc času
- e) používám komunikační karty
- f) jinak – uveďte, prosím, jak .....

19. Jak zjišťujete, že má senior poruchu sluchu?

- a) zeptám se ho, zda dobře slyší
- b) z dostupné dokumentace
- c) ověřuji si, zda mi dobře rozuměl
- d) nezjišťuji to, většina seniorů špatně slyší
- e) jiným způsobem – uveďte, prosím, jakým .....

20. Co Vám nejvíc komplikuje komunikaci s nedoslýchavým seniorem?

- a) musím na něj křičet
- b) musím otázku nebo informaci několikrát opakovat
- c) nejsem si jistý/á, že mi pacient rozuměl
- d) komunikací s nedoslýchavým pacientem strávím víc času
- e) jiný problém – uveďte, prosím, jaký .....

21. Jak si nejčastěji usnadňujete komunikaci s nedoslýchavým seniorem?

- a) zvyšuji hlas
- b) snažím se eliminovat rušivé prvky (rádio, televize, hovor jiných apod.)
- c) využívám hodně neverbální komunikaci
- d) využívám písemnou formu, obrázky
- e) jiným způsobem – uveďte, prosím, jakým .....

22. Co považujete za největší problém v komunikaci se seniorem s poruchou zraku?

- a) nemohu využít písemnou formu komunikace
- b) komunikace vyžaduje víc času
- c) senioři s poruchou zraku obvykle nezahájí komunikaci jako první
- d) jiný problém – uveďte, prosím, jaký .....

23. Jakou chybu podle Vás nejčastěji dělá ošetřující personál při péči o zrakově postiženého seniora?

- a) nepozdraví, neosloví pacienta jménem a nepředstaví se při příchodu do pokoje
- b) komunikují s příbuznými pacienta místo přímo s ním
- c) neupozorní pacienta, když od něj odchází
- d) při péči o pacienta s ním nehovoří dostatečně o tom, co se chystají dělat
- e) jiné chyby – uveďte, prosím, jaké.....

## Příloha č. 2 - Souhlasy s výzkumným šetřením

Vážená paní

Bc. Koubová Věra  
Hlavní sestra  
Rehamedica, a. s.  
J. E. Purkyně 229  
542 01 Žacléř

V Žacléři 1. 7. 2015

### Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní Koubová,  
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Rehamedice, a. s., jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Poklopové, narozené 6. 3. 1971, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory s poruchou zraku, sluchu nebo demencí, jak je vnímá ošetřující personál.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Martina Poklopová  
J. A. Komenského 36  
542 01 Žacléř  
martinapoklopova@centrum.cz

doc. PhDr. Jana Kutnohorská  
Univerzita Karlova v Praze  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Ústav sociálního lékařství  
Oddělení ošetrovatelství  
Šimkova 870  
500 38 Hradec Králové  
kutnohorskaj@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- ☒ Souhlasím  
☐ Nesouhlasím

Datum: 1. 7. 2015

REHAMEDICA Žacléř, a.s.

J. E. Purkyně 229, 542 01 Žacléř

Tel. +420 499 878 515

IČ: 2755017

Podpis a razítko

Vážená paní

Mgr. Jarmila Wonková  
Hlavní sestra  
Ředitelství  
Oblastní nemocnice Trutnov, a. s.  
Gorkého 77  
541 01 Trutnov

V Žacléři 10. 7. 2015

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření**

Vážená paní magistro,  
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Trutnov, a. s., na interním, chirurgickém a rehabilitačním oddělení. Výzkumné šetření by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Poklopové, narozené 6. 3. 1971, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory s poruchou zraku, sluchu nebo demencí, jak je vnímá ošetřující personál.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Martina Poklopová  
J. A. Komenského 36  
542 01 Žacléř  
martinapoklopova@centrum.cz

doc. PhDr. Jana Kutnohorská  
Univerzita Karlova v Praze  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Ústav sociálního lékařství  
Oddělení ošetrovatelství  
Šimkova 870  
500 38 Hradec Králové  
kutnohorskaj@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- ☒ Souhlasím  
☐ Nesouhlasím

Datum: 10. 7. 2015

Podpis a razítko

Oblastní nemocnice Trutnov a.s.  
hlavní sestra  
Mgr. Jarmila Wonková

### Příloha 3 - Fotografie a logo Rehamedica, a. s. Žacléř



Zdroj: [www.rehamedica.cz/fotogalerie/](http://www.rehamedica.cz/fotogalerie/)



Zdroj: [www.rehamedica.cz](http://www.rehamedica.cz)

#### **Příloha 4 - Fotografie Oblastní nemocnice Trutnov, a. s.**



Zdroj: <http://archiv.trutnovinky.cz/index.php?gid=33958>



Zdroj: <http://archiv.trutnovinky.cz/index.php?gid=33958>

## Příloha 5 - Škála hodnocení bolesti u pacientů s demencí - PAINAD

| Tabulka 2: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD) |                            |  |   |            |
|---|----------------------------|--|---|------------|
|   | 0                          | 1  | 2   | počet bodů |
| dýchání<br>nezávisle na<br>vokalizaci                               | normální                   | občasné<br>namáhavé<br>krátká období<br>hyperventilace                     | hlučné, ztížené<br>dýchání<br>dlouhá období<br>hyperventilace<br>Cheyneovo-Stokesovo<br>dýchání |            |
| bolestivá<br>vokalizace   | žádná                      | občasný sten<br>nebo zaúpění<br>normální<br>negativní nebo<br>odmítavá řeč | opakované utrápené<br>volání<br>hlasité sténání<br>nebo úpění<br>pláč                           |            |
| výraz<br>obličeje   | úsměv<br>nebo<br>neutrální | smutný<br>vyděšený<br>zamračený  | bolestivé<br>grimasy  |            |
| řeč těla  | relaxovanost               | napjatost<br>neklidné přecházení<br>neklid                                 | strnulost<br>sevržené pěsti<br>kolena přitažená k tělu<br>tahání nebo odtlačování<br>udeření    |            |
| utěšování   | není<br>nutné              | je možné rozptýlit<br>nebo uklidnit hlasem<br>či dotekem                   | není možné utěšit,<br>rozptýlit nebo uklidnit   |            |
| součet  |                            |  |   |            |

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>